

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO–USP

FCF/FEA/FSP

Programa de Pós-Graduação Interunidades em
Nutrição Humana Aplicada - PRONUT

Probabilidade de abandono de tratamento nutricional para perda de peso de
indivíduos com sobrepeso e obesidade: Uma análise quali-quantitativa

Luciana Alves Cangerana Santiago

Tese para obtenção do Título de Doutor

Orientador: Prof^a Dr^a Denise Cavallini Cyrillo

São Paulo
2020

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO–USP

FCF/FEA/FSP

**Programa de Pós-Graduação Interunidades em
Nutrição Humana Aplicada - PRONUT**

**Probabilidade de abandono de tratamento nutricional para perda de peso de
indivíduos com sobrepeso e obesidade: Uma análise quali-quantitativa**

Luciana Alves Cangerana Santiago

Versão corrigida da Tese conforme Resolução CoPGr 6018

Tese para obtenção do Título de Doutor

Orientador: Prof^a Dr^a Denise Cavallini Cyrillo

**São Paulo
2020**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

Elaborada pela Divisão de Biblioteca e
Documentação do Conjunto das Químicas da USP.

Bibliotecária responsável pela orientação de catalogação da publicação:
Marlene Aparecida Vieira - CRB - 8/5562

C222p Cangerana Santiago, Luciana Alves
Probabilidade de abandono de tratamento nutricional para perda
de peso de indivíduos com sobrepeso e obesidade: Uma análise
qualiquantitativa. / Luciana Alves Cangerana Santiago. -- São
Paulo, 2020.
138p.

Tese (doutorado) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas
da USP. Faculdade de Economia, Administração e
Contabilidade da USP. Faculdade de Saúde Pública da USP.
Curso Interunidades em Nutrição Humana Aplicada.
Orientador: Cyrillo, Denise Cavallini

1. Obesidade. 2. Abandono do tratamento. 3. Perda de peso.
4. Satisfação com o tratamento nutricional. 5. Suporte social e excesso
de peso. I. T. II. Cyrillo, Denise Cavallini, orientadora.

Luciana Alves Cangerana Santiago

Probabilidade de abandono de tratamento nutricional para perda de peso de indivíduos com sobrepeso e obesidade: Uma análise quali-quantitativa

Comissão Julgadora da
Tese para obtenção do Título de Doutor

Profª Drª Denise Cavallini Cyrillo

Orientadora/presidente

Banca examinadora:

Prof Dr William Cesar Latorre

1º examinador

Profª Drª Ana Maria Cervato Mancuso

2º examinador

Profª Drª Flavia Mori Sarti

3º examinador

São Paulo, 27 de Maio de 2020.

DEDICATÓRIA

À DEUS E NOSSA SENHORA POR ME CONCEDER A GRAÇA DE CONSEGUIR TRILHAR E CONCLUIR ESTE TRABALHO, ME DANDO FORÇA, SABEDORIA E PERSISTÊNCIA!!

A MEUS PAIS JOÃO E ALICE POR TODA A EDUCAÇÃO QUE ME TRANSMITIRAM, OS PILARES DE MINHA VIDA. POR TODO EXEMPLO DE CARÁTER, HUMILDADE, FÉ, PERSEVERANÇA, RESPONSABILIDADE, RESPEITO E AMIZADE. POR TODO APOIO, TERNURA, TORCIDA, ORAÇÕES E PALAVRAS DE INCENTIVO!! ME ENSINARAM O VALOR!!!

AO MEU "PEQUENO" GRANDE RODRIGUINHO, PELO PRIVILÉGIO DE TÊ-LO COMO FILHO, MEU PRESENTINHO DE DEUS. POR SUA DOÇURA, AMIZADE, RESPEITO, COMPREENSÃO E PACIÊNCIA, EM TODOS OS MOMENTOS DE ANSIEDADE, PREOCUPAÇÃO E AUSÊNCIAS AO LONGO DO PERÍODO DE ELABORAÇÃO DESTA PESQUISA. POR TODA SUA TORCIDA, INCENTIVO, CARINHO E APOIO!!! MEU MENINO, QUE COM TODA SUA INOCÊNCIA ME ENSINA TODOS OS DIAS SENTIMENTOS JAMAIS VIVIDOS!!!

AO MEU MARIDO RODRIGO, POR SEU COMPANHEIRISMO E AMIZADE!! GRATIDÃO PELA COMPREENSÃO, CARINHO, PRESENÇA E INCANSÁVEL APOIO EM TODO TRANSCORRER DE CRIAÇÃO DESTA PESQUISA!!!

AMO VOCÊS INCONDICIONALMENTE!!!!

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento mais do que especial à minha orientadora Prof^a Dr^a Denise Cavallini Cyrillo, pessoa de extrema nobreza e sabedoria, por sua confiança em me conceder a possibilidade de desenvolver este trabalho, por me conceder o privilégio de ser sua orientanda. Agradeço por todo ensinamento que me passou de forma sublime, por todas as conversas que me levaram à novos horizontes. Tenho pela senhora profunda admiração.

À Prof^a Dr^a Ana Maria Cervato Mancuso, um ser humano admirável e iluminado, não encontro palavras para dizer o quanto sou grata por todas as vezes que prontamente me ajudou, por todas as palavras de apoio e incentivo, por todo ensinamento passado também de forma sublime. Tenho pela senhora também forte admiração.

Aos professores membros da minha banca de qualificação, por toda contribuição, diretrizes e orientações; Prof. Dr. Heron Carlos Esvael do Carmo, Prof^a Dr^a Flávia Mori Sarti e Prof^a Dr^a Anita Sachs.

Ao economista Jackson Ribeiro Rosalino, por todas diretrizes e auxílio no desenvolvimento da análise estatística desta pesquisa. Muito obrigada.

Ao colega de programa e nutricionista César, pela sua contribuição para a condução inicial do projeto de pesquisa.

Ao colega de disciplina e economista Raí, pela contribuição e colaboração com a utilização do Programa Stata, essencial para a análise estatística do trabalho.

À toda a equipe da CBPM, em especial ao Coronel Luís Henrique Falconi, pela confiança para que eu pudesse desenvolver minha pesquisa junto à sua instituição.

À nutricionista Alexandra e toda a equipe de nutrição pelas indicações e contribuições.

Ao cabo Emerson por toda sua colaboração na hora da coleta dos dados.

À aluna do curso de nutrição da Universidade São Camilo, Thalita, por toda ajuda e colaboração na coleta dos dados.

À toda equipe da clínica de nutrição da academia K2, em especial aos coordenadores Júnior e Ricardo, por todo apoio e por me permitirem desenvolver minha pesquisa junto aos pacientes da clínica.

Ao diretor da FATEC, Décio Moreira, pela confiança e por me permitir desenvolver meu trabalho em sua instituição.

À minha irmã Prof^a Dr^a Fernanda Cangerana, por todo incentivo, diretrizes e apoio me dados e por me ajudar abrindo as portas da FATEC para o meu trabalho.

Ao meu irmão Coronel da Polícia Militar Francisco Cangerana Neto, pela confiança e por me ajudar a desenvolver a pesquisa junto à CBPM.

Aos meus pais João e Alice por todas as vezes que me ajudaram nos momentos difíceis, por todas as palavras de apoio e incentivo.

Ao meu filho Rodriguinho e meu marido Rodrigo por toda ajuda, ensinamentos transmitidos, todo auxílio tecnológico e na formatação deste trabalho.

Ao secretário da biblioteca do conjunto das químicas, Eudes de Pádua, extremamente prestativo, por todo auxílio, ajuda e orientações.

À Marlene, bibliotecária, pela disponibilidade para as orientações científicas, sempre muito atenciosa e gentil.

Aos secretários da pós-graduação da Faculdade de Ciências Farmacêuticas e do Comitê de ética em pesquisa, Irineu, Sueli, Shirley, Sandra e Marinalva, pela prontidão e colaboração.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo suporte durante o desenvolvimento desse estudo por meio da bolsa de doutorado.

E a todos as pessoas, colaboradoras, as quais concederam sua participação nesta pesquisa, cada uma de forma especial meu maior agradecimento, sem vocês todo este trabalho e esta pesquisa não seriam possíveis. Meu muitíssimo obrigada!!!

Muito obrigada a todos que de alguma forma participaram deste trabalho!!!

**“A TAREFA NÃO É TANTO VER AQUILO QUE NINGUÉM VIU, MAS PENSAR O QUE
NINGUÉM AINDA PENSOU, SOBRE AQUILO QUE TODO MUNDO VÊ”**

(ARTHUR SCHOPENHAUER)

RESUMO

Cangerana Santiago LA. **Probabilidade de abandono de tratamento nutricional para perda de peso de indivíduos com sobrepeso e obesidade: Uma análise quali-quantitativa.** 2020. 138f. Tese (doutorado). Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP. Faculdade de Saúde Pública da USP. Curso Interunidades em Nutrição Humana Aplicada. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

Introdução: No Brasil o excesso de peso vem alcançando proporções epidêmicas, e com ele emergem outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Neste cenário surge a importância e necessidade de tratamentos para perda de peso (TPPs) eficazes, os quais, de modo geral, enfrentam grande procura, todavia, a incidência de abandono dos tratamentos é bastante expressiva. Muitos são os obstáculos que dificultam a persistência no seguimento para a perda de peso, dentre eles o papel de fatores psicossociais como a satisfação com o tratamento, o suporte social e a motivação ainda não foram muito explorados. **Objetivos:** Analisar a probabilidade de abandono de tratamento nutricional para perda de peso segundo aspectos psicossociais, socioeconômicos, demográficos e clínicos e identificar os motivos do abandono do tratamento nutricional para perda de peso, segundo a percepção de indivíduos com excesso de peso. **Métodos:** A presente pesquisa foi de caráter quali-quantitativo e foi dividida em três etapas. Nas duas primeiras foram aplicados questionários para coleta de dados utilizados na estimação de um modelo (Probit) para analisar a probabilidade de abandono de TPP, investigando a influência de aspectos psicossociais (segunda etapa); e na terceira, foram realizadas entrevistas para investigar os motivos que podem levar ao abandono do TPP. A pesquisa foi desenvolvida em uma instituição de saúde, a Caixa Beneficente da Polícia Militar do Estado de São Paulo (CBPM), em uma Clínica de Nutrição e em uma instituição de ensino, a Faculdade de Tecnologia do Estado de São Paulo (FATEC). **Resultados:** A amostra da etapa quantitativa foi composta por 86 indivíduos com excesso de peso, sendo que 57% haviam abandonado um TPP. A estimação do modelo mostrou que o local de origem da pessoa (estabelecimento de saúde ou de ensino), o grau de satisfação e de suporte social, bem como o nível de escolaridade e o uso de medicamentos impactam a probabilidade do abandono dos TPP. No que tange aos

motivos, as dificuldades para dar seguimento ao tratamento e fatores ligados à atitude do profissional foram indicados pelos participantes como desencadeadores do abandono. **Conclusão:** As hipóteses do trabalho acerca do papel favorável da satisfação com tratamento e suporte social foram confirmadas pela avaliação quantitativa e reiteradas pela análise qualitativa.

Palavras-chave: obesidade, abandono do tratamento, perda de peso, satisfação com o tratamento nutricional, suporte social e excesso de peso, motivação.

ABSTRACT

Cangerana Santiago LA. **Probability of abandoning nutritional treatment for weight loss in overweight and obese individuals: A qualitative and quantitative analysis.** 2020. 138f. Tese (doutorado). Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP. Faculdade de Saúde Pública da USP. Curso Interunidades em Nutrição Humana Aplicada. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

Introduction: In Brazil, excess weight has reached epidemic proportions, and other chronic non-communicable diseases (NCDs) emerge. In this scenario, the importance and need for effective weight loss treatments arises, which, in general, face great demand, however, the incidence of treatment abandonment is quite expressive. There are many obstacles that hinder persistence in weight loss follow-up, among them the role of psychosocial factors such as satisfaction with treatment, social support and motivation have not yet been explored. **Objectives:** To analyze the probability of abandoning nutritional treatment for weight loss according to psychosocial, socioeconomic, demographic and clinical aspects and to identify the reasons for abandoning nutritional treatment for weight loss, according to the perception of overweight individuals. **Methods:** This research was of a qualitative and quantitative nature and was divided into three stages. In the first two, questionnaires were applied to collect data used to estimate a model (Probit) to analyze the probability of abandoning treatment for weight loss, investigating the influence of psychosocial aspects (second stage); and in the third, interviews were conducted to investigate the reasons that can lead to the abandonment of treatment for weight loss. The research was carried out in a health institution, the Caixa Beneficente of the Military Police of the State of São Paulo (CBPM), in a Nutrition Clinic and in an educational institution, the Faculty of Technology of the State of São Paulo (FATEC). **Results:** The sample of the quantitative stage was composed of 86 overweight individuals, 57% of whom had abandoned a treatment for weight loss. The estimation of the model showed that the person's place of origin (health or educational establishment), the degree of satisfaction and social support, as well as the level of education and the use of medicines impact the probability of abandoning treatments for loss of weight. Regarding the reasons, the difficulties to follow the treatment and factors related to the

professional's attitude were indicated by the participants as triggers of abandonment.

Conclusion: The work's hypotheses about the favorable role of satisfaction with treatment and social support were confirmed by the quantitative assessment and reiterated by the qualitative analysis.

Keywords: obesity, abandonment of treatment, weight loss, satisfaction with nutritional treatment, social support and overweight, motivation.

Lista de tabelas

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo os grupos abandono e tratamento e locais de recrutamento, estado conjugal e utilização de medicamentos. São Paulo, 2019. ..54	
Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo os grupos abandono e tratamento e sexo, idade, nível de escolaridade, tamanho da família, atividade física e IMC médios. São Paulo, 2019.56	
Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo os grupos abandono e tratamento e classificação socioeconômica. São Paulo, 2019.56	
Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo os grupos abandono e tratamento e duração do tratamento (em meses), tempo com excesso de peso (em anos) e tempo tentando perder peso (em anos) e sexo. São Paulo. 2019.58	
Tabela 5 - Motivos da procura por tratamento, segundo os grupos abandono e tratamento. São Paulo, 2019.58	
Tabela 6 - Distribuição absoluta e relativa (%) dos motivos de abandono. São Paulo, 2019.59	
Tabela 7 - Coeficientes Estimados segundo o Modelo Probit para a Probabilidade de Abandono de tratamento para perda de peso. São Paulo, 2019.60	
Tabela 8 - Efeitos Marginais do Modelo Probit para a Probabilidade de Abandono de Tratamento para Perda de Peso. São Paulo, 2019.62	
Tabela 9 - Probabilidade média de abandono de tratamento para perda de peso segundo características individuais. São Paulo, 2019.62	

Lista de abreviaturas

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas

ABT: Abandono de tratamento

APGAR: *Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve.*

DCNTs: Doenças Crônicas não Transmissíveis

ENDEF: Estudo Nacional da Despesa Familiar

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC: Índice de massa corporal

OMS: Organização Mundial da Saúde

POF: Pesquisa de Orçamentos Familiares

REBS: *Regulation of Eating Behavior Scale*

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TPP(s): Tratamento(s) para perda de peso

TSRQ: *Treatment Self-Regulation Questionnaires*

TTO/TRAT: Tratamento

VIGITEL: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1. Obesidade: definição, consequências e causas	20
2.2. O Comportamento alimentar: o principal desafio dos TPPs.....	21
2.3. Tratamentos para perda de peso (TPPs)	23
2.3.1. As estruturas dos TPPs suas implicações e limitações	23
2.3.2. Adesão e abandono dos TPPs.....	26
2.3.3. Dificuldades para a persistência em TPPs.....	27
2.3.3.1. Motivação: definição e determinantes.....	29
2.3.3.2. O papel do suporte social.....	33
2.3.3.3. A satisfação com o tratamento para perda de peso	34
3. OBJETIVOS E HIPÓTESES.....	38
4. METODOLOGIA.....	39
4.1. Delineamento do estudo e locais para recrutamento dos participantes	39
4.2. Etapa 1 – Características sócio demográficas, econômicas e clínicas de pessoas que abandonaram e das que estão em TPP	40
4.2.1. O questionário e o estudo piloto	40
4.2.2. Das variáveis de estudo	44
4.2.3. Amostra e coleta de dados	44
4.3. Etapa 2 – Análise da probabilidade de abandono do TPP – Avaliação quantitativa...	47
4.3.1. Fatores associados à probabilidade de abandono do TPP	47
4.3.2. Modelagem da regressão.....	49
4.4. Métodos	49
4.5. Etapa 3 – Características dos TPPs e os motivos do abandono do tratamento, segundo a percepção dos indivíduos entrevistados – Avaliação qualitativa	50
4.5.1. Aspectos gerais	50
4.5.2. Amostra e coleta de dados	51
4.5.3. Análise dos dados	52
5. RESULTADOS.....	54
5.1. Caracterização da população de estudo	54
5.2. A probabilidade de abandono do tratamento.....	59
5.3. Motivos do abandono do tratamento para perda de peso, segundo a percepção dos entrevistados.....	63
5.3.1. Características dos TPPs, segundo a percepção dos indivíduos.....	63

5.3.2. Expectativa de resultados, adaptação ao tratamento e atitude do nutricionista	63
6. DISCUSSÃO	68
6.1. Características da população de estudo e a probabilidade de abandono a TPP	68
6.2. Motivos de abandono a tratamento nutricional para perda de peso, segundo a percepção dos indivíduos	74
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
8. REFERÊNCIAS	83
ANEXO I	104
ANEXO II	105
ANEXO III	106
ANEXO IV	107
ANEXO V	109
ANEXO VI	112
ANEXO VII	115
ANEXO VIII	117
ANEXO IX	121
APÊNDICE I	124
APÊNDICE II	129
APÊNDICE III	134
APÊNDICE IV	136

1. INTRODUÇÃO

As grandes transformações socioeconômicas e culturais, que ocorreram no Brasil, desde meados do século XX ensejaram os processos de transição epidemiológica e nutricional que levaram à mudança no perfil de morbimortalidade da população. Nesse contexto, o sobrepeso e a obesidade emergiram como importante problema de saúde pública (Reiners et al, 2008; Guimarães et al, 2010; Duncan et al, 2012; Brasil. Ministério da Saúde, VIGITEL, 2016).

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares, POF 2008-2009, cerca de 50% da população adulta, acima de 20 anos, apresenta excesso de peso¹ e 13,9% são obesos, um aumento de 9,5 pp em relação à situação observada nos anos 1970, com base no Estudo Nacional da Despesa Familiar- ENDEF (IBGE, 1976).

De acordo com dados recentes do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico/Vigitel (2016), o excesso de peso cresceu 11,2 pp em dez anos, passando de 42,6% em 2006 para 53,8% em 2016. Sua prevalência é maior no sexo masculino, aumenta com a idade e é maior entre os indivíduos com menor escolaridade. A obesidade aumentou 7,1 pp no mesmo período, de 11,8% para 18,9%, sendo que a prevalência é ainda maior a partir dos 25 anos e como no caso do sobrepeso, é maior entre os que têm menor escolaridade (Ministério da Saúde, VIGITEL, 2016).

Essa situação foi favorecida pela industrialização, que contribuiu para o aumento e a disponibilidade de alimentos com elevada densidade calórica, ricos em gordura, sódio e açúcar. Também a globalização influenciou neste processo, ao favorecer a padronização dos alimentos consumidos e de outros hábitos de vida não saudáveis, como o sedentarismo (Gregory et al, 2009; Costa et al, 2016; Monteiro, 2000; Munhoz et al, 2017).

A epidemia de excesso de peso (obesidade e sobrepeso) contribui para o aumento da prevalência de doenças crônicas (DCNTs), como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão, problemas respiratórios e alguns

¹ Adotaremos a seguinte nomenclatura: excesso de peso abrangendo sobrepeso e obesidade.

tipos de câncer, onerando o Sistema de Saúde (Guimarães et al, 2010; Duncan et al, 2012). Por serem de longa duração, as DCNTs são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde, gerando no Brasil uma sobrecarga sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Estima-se que os gastos do Ministério da Saúde com atendimentos ambulatoriais e internações relacionadas à obesidade e às DCNTs sejam de, aproximadamente, R\$ 7,5 bilhões por ano (Malta et al, 2006).

O elevado número de indivíduos com sobrepeso e obesidade e as consequências para a saúde dessa condição vem implicando um aumento na busca por tratamento médico e nutricional para perda de peso, cujo sucesso, todavia, nem sempre é alcançado (Gonçalves et al, 2015; Souza et al, 2008). De modo geral, os tratamentos para perda de peso (TPPs) têm baixa adesão que é um dos fatores que explicam os pífios resultados (Tardido, 2006).

Nesse contexto, a adesão pressupõe a participação do paciente na resolução dos problemas e na tomada de decisões exigindo mudanças comportamentais (Alvarenga, 2015; Assis et al, 1999; Miller et al, 1997; Amorim et al, 2016).

Caso contrário teremos como possível resultado o abandono destes TPPs, que é algo de difícil definição (Gastaud et al, 2010, Mantovani et al, 2010), e os estudos que o fazem de certa forma não consideram o papel e a percepção do paciente sobre suas condições de saúde e de seu próprio tratamento (Nogueira et al, 2013; Guimarães et al, 2010).

As causas do abandono e o baixo comprometimento dos pacientes com seus TPPs têm sido alvo de vários estudos (Gonçalves et al, 2015; Guimarães et al, 2010; Gregory et al, 2009; Callejon et al, 2008; Koehnlein et al, 2008; Machado et al, 2011; Stubbs et al, 2011; Stubbs et al, 2013; Vivas et al, 2013, Varkevisser, et al 2019; Amorim et al, 2016, Taglietti et al, 2018, Dalle Grave et al, 2009, Atlantis et al, 2019), contudo poucos foram realizados para avaliar a eficácia do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e sobre a satisfação dos pacientes com os tratamentos (Kristeller et al, 1997; Ogden et al, 2008; Taglietti et al, 2018; Alvarenga e Vicente Jr, 2015; Cori et al, 2015; James et al, 2018; Oliveira TRPR et al, 2014).

Ante tais evidências, o presente estudo, que tem por objeto analisar o abandono aos TPPs, justifica-se pela importância do sobrepeso e obesidade como problema de saúde pública, pela complexidade e pela exiguidade de sucesso dos

tratamentos dietoterápicos para perda de peso, bem como pela elevada incidência de abandono aos TPPs.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Obesidade: definição, consequências e causas

A obesidade, definida como o acúmulo excessivo de gordura corporal associado a riscos para a saúde, decorre do excesso de consumo de caloria em relação ao gasto de energia. Sua etiologia é complexa e inclui fatores genéticos, psicológicos, ambientais, sociais e econômicos, que interagem em variados graus promovendo o aumento de peso. O excesso de peso, que abrange a obesidade e o sobrepeso, representa importante fator de risco² para patologias graves, como diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, problemas respiratórios e alguns tipos de câncer (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade, 2016; Brasil. Ministério da Saúde, 2014; Portal da Secretaria da Saúde, 2017).

A condição de excesso de peso pode, ainda, implicar alterações nos níveis de lipídios no sangue, também conhecidas como dislipidemias, caracterizadas pelo aumento dos níveis de colesterol plasmático e triglicerídeos os quais estão correlacionados com o aumento de doenças cardiovasculares (Portal da Secretaria da Saúde, 2017; Schulte et al, 1999; Junior 2009).

A causa direta do excesso de peso é uma ingestão calórica maior do que o gasto energético, envolvendo não apenas o aspecto quantitativo, mas também qualitativo dos alimentos e do estilo de vida. Com a industrialização e globalização criaram-se ambientes obesogênicos³ favorecendo o aumento da ingestão de alimentos com maior densidade energética e a adoção de comportamentos sedentários (Souza et al, 2008). De fato, o processo de industrialização dos alimentos tem sido apontado como um dos principais responsáveis pela maior disponibilidade e pelo aumento da ingestão de alimentos com alto valor calórico pela maioria das

² Fator de risco pode ser definido como elemento ou característica positivamente associado à probabilidade de desenvolver uma doença (Portal da secretaria da Saúde, 2017).

³ Ambiente obesogênico é aquele promotor da obesidade, isto é, que apresenta acesso amplo e facilitado a alimentos de alta densidade energética, pobres em micronutrientes, normalmente consumidos em estabelecimentos fora do âmbito familiar (Who, 2003).

populações do Ocidente. Cresceu o consumo de alimentos ricos em lipídios e carboidratos simples, e ao mesmo tempo ocorreu a redução do consumo de alimentos fontes de carboidratos complexos e de hortaliças e frutas, alimentos recomendados por seu alto valor nutricional⁴ (Brasil. Ministério da Saúde, 2011; French et al, 2001; Monteiro, 2000; Tardido et al, 2006).

Um desafio para a política pública e para os profissionais de saúde é justamente criar condições para mudanças que levem a comportamentos saudáveis, no que se refere às escolhas alimentares e realização de atividade física bem como o aumento da persistência nos TPPs.

2.2. O Comportamento alimentar: o principal desafio dos TPPs

Uma das bases dos TPPs é a mudança do comportamento alimentar. A construção desse comportamento⁵ ocorre na infância, pela influência da família ou do meio em que a criança foi criada, quando é apresentado e ensinado à ela os alimentos (Vaz et al, 2014). A herança comportamental é carregada de valores afetivos, que influenciam as escolhas do indivíduo ao longo da sua vida adulta. A memória afetiva é um determinante das preferências e aversões alimentares do indivíduo, bem como de sua capacidade de se adaptar às condições futuras (Ramos, 2000; Lamas et al, 2017). O que foi aprendido e/ou vivenciado consolida-se: os hábitos, as preferências, as aversões, certos traumas, de modo que o indivíduo ao ser apresentado a algo novo ou se defrontar com a necessidade de alguma mudança pode ter sentimentos de negação, gerando resistências. Portanto, hábitos adquiridos na infância podem ser um dos fatores que potencializam as dificuldades para a mudança comportamental ao longo da vida (Ramos, 2000; Lamas et al, 2017).

Para Atzingen (2011), o ato de comer é algo complexo, que vai além das necessidades básicas vitais; está associado com questões sociais e envolve diversas sensações. O indivíduo busca atender suas necessidades fisiológicas (fome e

⁴ Carboidratos complexos, hortaliças e frutas contêm vitaminas, minerais e fibras, nutrientes indispensáveis para o bom funcionamento do organismo (Cuppari, 2005 pág. 49).

⁵ Comportamento, sob uma perspectiva geral é o modo, maneira, de se comportar, conduta, atitude ou ainda conjunto de ações e reações do indivíduo baseado em informações recebidas (Dicionário on line da Língua Portuguesa, 2020 <https://www.dicio.com.br/comportamento/> (acessado em 01 de Junho de 2020).

saciedade) e também hedônicas que passam pelas características do próprio alimento como sabor, aparência e aroma, que direta ou indiretamente estão associados à sensação de prazer (Vicente Jr e Alvarenga et al, 2015; Moraes, 2017). Além disso, o ato de se alimentar traz consigo outros significados como convívio social, aspectos culturais e afetivos, como já mencionado, e conseqüentemente, depende de determinantes internos e externos ao indivíduo (Atzingen, 2011; Lamas et al, 2017).

Se desde a infância, o comportamento alimentar for inadequado, consolidando-se em hábitos não saudáveis pelo resto da vida, as conseqüências poderão ser danosas como o excesso de peso na vida adulta e o surgimento de outras DCNTs (Santiago et al, 2015; Matias et al, 2010).

Além destes, outros fatores influenciam o comportamento alimentar: os econômicos, ambientais, demográficos, socioculturais e psicológicos (Moraes, 2017; Toral, 2007; Souza et al, 2008; Mela, 2001). A renda e os preços relativos delimitam o leque de alimentos acessíveis, dentre a variedade de gêneros industrializados existentes; a escolaridade define a capacidade de entendimento das informações disponíveis; as mulheres dão maior atenção aos alertas disparados pela mídia e órgãos de saúde; os mais jovens arriscam-se com uma alimentação desregrada; os mais velhos enfrentam as restrições de suas condições de saúde; os solteiros preocupam-se com a aparência, enquanto os casados relaxam e se acomodam; os deprimidos não comem, ou assim como os ansiosos preenchem suas vidas com comida. De modo que a obesidade e outras doenças crônicas se alastram e vão ganhando espaço no mundo contemporâneo onde o comportamento alimentar se mostra cada vez mais inadequado (Moraes, 2017; Toral, 2007; Souza et al, 2008; Mela, 2001; Koehnlein et al, 2008; Oliveira APSV et al, 2014; Halali et al, 2018; Veloso et al, 2017; Gigante et al, 2009; Figueiredo et al, 2008; Silva et al, 2018; Correia et al, 2011; Machado et al, 2011).

Grande parte desses fatores associados ao comportamento alimentar fogem ao controle direto do indivíduo e do profissional de saúde e por isso a sua transformação visando a perda de peso e a melhoria da saúde é um dos principais desafios dos TPPs. Outro grande desafio é o aumento da atividade física na vida das pessoas, comportamento este, contudo, que não será tratado diretamente na presente pesquisa (Benjamim, 2010; HM Government, 2010; Stubbs et al, 2013; Amorim et al, 2016; Souza et al, 2008).

2.3. Tratamentos para perda de peso (TPPs)

2.3.1. As estruturas dos TPPs suas implicações e limitações

Um tratamento para perda de peso inclui diversas abordagens dietoterápicas, ações, métodos e meios para chegar ao objetivo, ao peso ideal e à melhora do quadro clínico do paciente (Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade, 2017).

Neste contexto existem dois profissionais que podem atuar neste manejo clínico, o nutricionista e o médico, cabendo, no entanto ressaltar que a prescrição dietética é de competência do nutricionista, conforme orienta a Resolução nº 304, de 28 de fevereiro de 2003, do Conselho Federal de Nutricionistas.

Nesta perspectiva a nutrição clínica é uma das áreas responsáveis por esta atenção dietoterápica, de modo geral, preocupa-se, essencialmente, com aspectos clínico-fisiológicos associados ao consumo e à utilização biológica dos nutrientes, o foco é o alimento como agente de causa e tratamento das doenças (CFN, 2066; ADA, 1994).

O tratamento tradicional, via de regra, parte de um modelo biomédico de atendimento, aquele centralizado no profissional de saúde (nutricionista ou médico), na doença e na medicalização. A relação tende a ser mais autoritária, o paciente é colocado em uma forma mais passiva, e suas dificuldades e necessidades, acabam não sendo percebidas como determinantes no processo do tratamento. Neste modelo, ocorre um paradigma, muitas vezes equivocado, onde o profissional de saúde é visto como detendo todo o conhecimento e a cura é baseada somente na melhora dos sinais e sintomas físicos (Caprara et al, 1999; Castiel et, 2007; Caprara et al, 2004).

Os TPPs também podem envolver outras ações: prescrições medicamentosas, intervenções cirúrgicas, e indicação de atividade física, além do dietoterápico. Destes, o menos invasivo é o tratamento dietoterápico associado à atividade física, que envolve mudanças no comportamento alimentar e a prática regular de exercícios (Moraes, 2007).

A utilização de medicamentos anti-obesidade é indicada quando o indivíduo possui índice de massa corporal (IMC) superior a 30 kg/m² ou quando o indivíduo apresenta doenças associadas ao excesso de peso, com IMC maior que 25 kg/m², e

em situações nas quais o tratamento com alimentação adequada, atividade física e modificações comportamentais não foi bem-sucedido (Martins et al, 2011). As principais desvantagens deste tipo de abordagem incluem efeitos colaterais frequentes como: sensações de impaciência, irritabilidade, nervosismo, insônia, mal-estar, tontura e ansiedade, sem contar o fato de que o tratamento farmacológico não cura a obesidade, quando descontinuado, ocorre reganho de peso. Vários autores apontam o tratamento farmacológico da obesidade como uma opção terapêutica controversa e sujeita a inúmeras críticas, devendo ser considerado, em geral, apenas como um complemento às mudanças alimentares e de estilo de vida, e rigorosamente acompanhado para evitar complicações futuras (Mancini et al 2002; Martins et al, 2011).

Já os inúmeros tipos de abordagens cirúrgicas, também indicadas em casos específicos, como IMC igual ou superior a 50 kg/m², igual ou superior a 40 kg/m², sem perda de peso mesmo com acompanhamento médico e nutricional comprovado durante, pelo menos 2 anos e IMC igual ou superior a 35 kg/m² e presença de outras doenças de risco cardiovascular elevado, como hipertensão arterial, dislipidemias e diabetes tipo 2 (Fandiño et al, 2004). Contudo, é necessário enfatizar que a abordagem cirúrgica consiste em uma etapa do TPP, pois embora a perda de peso pós-operatória seja eficiente, não dispensa mudanças comportamentais permanentes, envolvendo alimentação e exercícios físicos que garantirão a manutenção do peso ideal sem sacrifícios (Moraes, 2007; Fandiño et al, 2004).

Por outro lado, os protocolos da dietoterapia consistem em propostas de mudanças do comportamento alimentar, com recomendações que abrangem uma alimentação completa e equilibrada, com carboidratos complexos, ricos em fibras, proteínas, água e com pouca gordura, que envolvem mudanças em hábitos e estilo de vida, fundamentais para enfrentar o ambiente obesogênico dominante na atualidade. Os TPPs visam fomentar o equilíbrio entre consumo e gasto energético para manutenção sustentável do peso adequado (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2018; Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade, 2017; Fisberg et al, 2005; Guia Alimentar para a População Brasileira, 2014).

De modo geral os TPPs dietaterápicos baseiam-se na reeducação alimentar e redução do sedentarismo⁶ visando levar o indivíduo a um estado de eutrofia, por meio de um processo com propostas de metas parciais de perda de peso entre consultas (Goldstein, 1992; Wing et al, 2005; Cuppari, 2005 pág. 117; Foster, 1995; Heymsfield, 1995; Institute of Medicine 1995).

Paralelamente ao tratamento baseado na reeducação alimentar (que adota dietas hipocalóricas, que abrangem uma alimentação completa e equilibrada, com carboidratos complexos, ricos em fibras, proteínas, água e com pouca gordura, como descrito por Fisberg et al, 2005) e realização de atividade física existem os tratamentos da “moda” que não necessariamente estão baseados nos preceitos científicos da área da Nutrição. Entre eles podem-se mencionar as prescrições de dietas restritivas em termos quantitativos ou qualitativos, envolvendo pular refeições, jejuar, diminuir a quantidade ingerida, restringir grupos alimentares considerados "engordativos", contar calorias de alimentos, consumir apenas alimentos *diets e/ou lights* (Alvarenga e Polacow, et al, 2015, pág.70); as prescrições de dietas de baixo conteúdo de carboidrato ou baixa em carboidrato e também ricas em proteínas (Alvarenga e Polacow, et al, 2015, pág.71); a dieta ovolactovegetariana que proíbe o consumo de todo tipo de carne, mas permite ovos e laticínios (Guia alimentar de dietas vegetarianas para adultos, 2012).

Não cabe no presente trabalho discutir os malefícios de cada uma dessas alternativas de tratamentos para perda de peso, mas enfatizar que vários estudos mostram os problemas de saúde que podem ser gerados pela adoção de tais prescrições (Alvarenga e Polacow, et al, 2015, Cori et al, 2015; Betoni et al, 2010), e que o surgimento dessas alternativas se relacionam à busca de resultados rápidos (Estrela et al, 2017; Moraes, 2007; Taglietti et al, 2018; Berger, 2008; Menucci et al, 2015, Silva et al, 2013; Oliveira APSV et al, 2014) o que infelizmente não se mostra factível ante a doença da obesidade que demanda efetivamente a mudança de comportamento alimentar e a construção de novos hábitos (Moraes et al, 2007; Alvarenga, 2015; Benjamim, 2010; HM Government, 2010; Stubbs et al, 2013; Amorim et al, 2016). Quando isso não ocorre o progresso fica comprometido, favorecendo o

⁶ Falta de, ou atividade física regular semanal inferior a 150 minutos (Cortês et al, 2010).

abandono do tratamento (Deminice et al, 2007; Santos, 2012; Iuliano et al, 2009). A falta de preparo do paciente e/ou a falta de condições, para essas mudanças, segundo alguns autores, pode ser uma das causas para a não persistência no tratamento nutricional (MCMillan-Pric et al, 2004; Lottemberg, 2006, Halali et al, 2018).

A falta de preparo, na visão destes autores, está ligada a aspectos psicológicos, mais especificamente, à falha de entendimento, de disciplina e à falta de motivações, incluindo aí também costumes e crenças desfavoráveis a atitudes mais firmes. No que se refere à falta de condições destacam-se os aspectos sociais, como a ausência de suporte social e familiar; econômicos, como a escassez de renda, preços elevados dos alimentos mais saudáveis, como o próprio ambiente obesogênico. Diversos autores atribuem as causas do abandono exclusivamente ao paciente, defendendo que estes fatores dificultariam a persistência no tratamento e sem dúvida prejudicariam o seu sucesso (Reiners et al, 2008; Benjamim, 2010; HM Government, 2010; Stubs et al, 2013; Amorim et al, 2016; Deminice et al, 2007; Santos, 2012; Iuliano et al, 2009; MCMillan-Pric et al, 2004; Lottemberg, 2006; Halali et al, 2018).

Segundo outros autores, estes fatores podem ser encarados sob a perspectiva do tipo de abordagem desenvolvida, um determinante importante do sucesso da terapêutica. Esse enfoque pode reverter ou amenizar tais situações desfavoráveis ao considerar o paciente de forma integral (corpo e mente); respeitando e adequando as recomendações às condições do indivíduo, abarcando todas as suas necessidades, hábitos, costumes, crenças, limitações e dificuldades; considerando o paciente como ser ativo no processo (Boog, 2008; Boog, 2017; Brasil. Marco de referência de Alimentação e Nutrição 2012, Caprara et al, 1999; Castiel et, 2007; Caprara et al, 2004).

2.3.2. Adesão e abandono dos TPPs

Adesão é um conceito ainda sem um consenso na literatura. Cada trabalho adota uma definição própria o que mostra a complexidade teórica (e empírica) do tema. Alguns autores descrevem a adesão pautados na assiduidade dos pacientes às consultas e/ou em parâmetros dietéticos (por meio de questionários de frequência alimentar e registros alimentares), antropométricos e bioquímicos (Bueno et al, 2011; Guimarães et al, 2010; Koehnlein et al, 2008; Palmeira et al, 2016; Torrado et al, 2015;

Amorim et al, 2016), outros associam-na a mudanças comportamentais (Alvarenga, 2015). Entre essas várias definições, destaca-se a ideia de que a adesão é um meio para se alcançar um fim (Miller et al, 1997), o que na área da saúde se traduz, como um processo para a manutenção ou melhora da saúde, visando reduzir os sinais e sintomas de uma doença (Niquini et al, 2012; Palmeira et al, 2016; Amorim et al, 2016). Nesse contexto, a adesão pressupõe a participação do paciente na resolução dos problemas e na tomada de decisões exigindo mudanças comportamentais efetivas e permanentes (Alvarenga, 2015; Assis et al, 1999; Miller et al, 1997; Amorim et al, 2016). Ante o exposto, fica patente a complexidade envolvida no conceito de adesão e a dificuldade para a sua determinação.

Já o abandono, segundo Nogueira et al (2013), ocorre quando o indivíduo que não recebeu alta do profissional de saúde, deixa de comparecer às consultas por mais de seis meses. Mas este critério é discutível pois é possível que o paciente continue seguindo o tratamento por conta própria, e ainda que não esteja comparecendo às consultas continue persistindo no tratamento. Ou seja, do mesmo modo que é difícil definir adesão a um tratamento, também é a definição de abandono, como reconhecido por Gastaud et al, 2010, e Mantovani et al, 2010, não existindo ainda na literatura um consenso a esse respeito.

Neste contexto, e considerando que a visão do paciente é uma informação válida acerca de seu comportamento (Arruda et al, 2017), adota-se no presente trabalho a percepção do paciente como critério para definir se o mesmo abandonou ou persistiu em seu TPP.

A questão que emerge refere-se às razões que levam o paciente a abandonar um TPP, interrompendo um processo que poderia levá-lo ao objetivo do peso adequado.

2.3.3. Dificuldades para a persistência em TPPs

Os TPPs envolvem mudança de comportamento, seja de estilo de vida, alimentar ou de atividade física e mudar comportamento não é algo trivial (Lindemann et al, 2016; Niquini et al, 2012; Estrela et al, 2017, Halali et al, 2018; Shields 2009; Vicente Jr e Alvarenga et al, 2015).

Neste contexto vários são os fatores gerais, de caráter social, psicológico, econômico, cultural, demográfico e ambiental, que podem influenciar positiva ou negativamente estas mudanças e conseqüentemente o abandono ou a persistência do paciente ao seu TPP. Uma das descobertas de uma revisão sistemática sobre determinantes da perda de peso foi, justamente, que os fatores mais importantes parecem ser aqueles que envolvem mudança de comportamento (Varkevisser et al, 2019, Shields, 2009).

O meio social e familiar pode ser um fator complicador para a incorporação de novos comportamentos. Pela falta de suporte e comprometimento com a situação de saúde vivida por um de seus membros, o ambiente familiar pode se tornar uma fonte de stress e ansiedade, em decorrência de cobranças e críticas, gerando culpa e sofrimento e agravando ainda mais o quadro de saúde do paciente. Em se tratando dos amigos e dos relacionamentos no trabalho, também podem desfavorecer a persistência no TPP, na medida em que não exista solidariedade, apoio e incentivo a adoção e manutenção de novas práticas saudáveis (Oliveira APSV et al, 2014; Halali et al, 2018; Silva et al, 2018; Pimenta et al, 2016; Varkevisser et al, 2019; Shields, 2009).

No âmbito dos fatores psicológicos, a culpa, ansiedade, baixa autoestima, depressão, condições muito comuns em indivíduos com excesso de peso, são situações que levam ao elevado consumo de alimentos hipercalóricos, como uma forma de preenchimento de um vazio. O alimento se torna a única fonte de prazer e bem-estar (Silva et al, 2018; Taglietti et al, 2018; Soares et al, 2017), dificultando a mudança para hábitos mais saudáveis.

Aspectos econômicos, demográficos e culturais, da mesma forma, podem se tornar obstáculos às mudanças. A classe econômica do indivíduo influencia o seu comportamento e as resistências para a incorporação de mudanças. Se o mesmo não tem condições de adquirir alimentos saudáveis ou ainda não tem acesso a um tratamento adequado, não terá possibilidade de alterar sua situação de saúde. Uma alimentação saudável rica em frutas, hortaliças, grãos integrais e carnes magras é mais cara que a alimentação característica do padrão ocidental, rica em doces e alimentos gordurosos (Drewnowski et al, 2004; Toral et al, 2007; Ferreira et al, 2005), embora atualmente se defenda a ideia de que a alimentação saudável não é necessariamente onerosa, uma vez que é possível adquirir os alimentos frescos e

prepará-los em casa, a um custo inferior ao de refeições em restaurantes, lanchonetes e *fast foods* (Guia Alimentar para a População Brasileira, 2014).

Do mesmo modo, a escolaridade está associada ao padrão de consumo e às mudanças no comportamento alimentar dos sujeitos. A escolaridade favorece um maior acesso à informação, que em princípio é condição necessária para a mudança de comportamento, ainda que não seja suficiente (Castro Júnior, 2013). A baixa escolaridade seria um obstáculo para aderir às mudanças, pois a falta do conhecimento e de cognição podem levar a uma resistência ao novo (Amorim et al, 2016).

Adicionalmente, o ambiente e a cultura contemporâneos com a individualização dos rituais alimentares, exiguidade de tempo para o preparo e consumo de alimentos e aumento da diversidade de alimentos pouco saudáveis, dificultam a modificação de velhos hábitos e de comportamentos insalubres proposta pelos TPPs (Reichembach, 2004; Poulain, 2004; Garcia, 2003; Shields 2009; Barreto et al, 2001). A influência do próprio tratamento também pode dificultar mudanças necessárias, na medida em que o vínculo e relacionamento profissional-paciente, ao lado de exigências de modificações no estilo de vida e no consumo alimentar e resultados pouco perceptíveis gerem uma insatisfação com o TPP dificultando a sua continuidade.

Ante a imensa variedade de influências sobre o indivíduo atuando e dificultando mudanças virtuosas para a melhoria da saúde, cabe discutir como elas se integram em motivação para a mudança e como interferem sobre a percepção do paciente acerca do papel do profissional e a própria satisfação com o tratamento, salienta-se ainda que é necessário que a mudança de comportamento tenha um valor intrínseco, ou seja importante para o alvo pretendido, e quando o indivíduo não tem este valor, dificilmente terá disposição suficiente para iniciar e/ou permanecer efetivando as mudanças necessárias (Alvarenga e Koritar, 2015; Vicente Jr e Dunker et al, 2015).

2.3.3.1. Motivação: definição e determinantes

O indivíduo obeso que busca um TPP, em primeiro lugar, possui uma razão para essa atitude. Pode ser de ordem estética ou de saúde, pode ser uma razão intensa ou fraca ante a complexidade de fatores que o levaram a um peso excessivo para a sua altura. A questão seguinte refere-se à força dessa motivação para evitar o

abandono e garantir a persistência no tratamento até o seu sucesso, ou seja, a redução de seu peso para o nível ideal.

A palavra motivação deriva do latim *motivus, movere*, que significa mover (Maslow, 1943). Segundo Maximiano et al (2007) é tudo aquilo que é suscetível de mover o indivíduo, de levá-lo a agir para atingir algo e de lhe produzir um comportamento específico, podendo este impulso ser provocado por um estímulo externo (provindo do ambiente) ou também ser gerado internamente nos processos mentais do indivíduo. O seu sentido original fundamenta-se no processo no qual o comportamento é incentivado, estimulado ou energizado por algum motivo ou razão (Vicente Jr e Dunker et al, 2015)

Dentre as concepções teóricas sobre motivação, a Teoria da Autodeterminação, estudada por Deci et al (1985), fundamenta-se na motivação sócio cognitiva que se preocupa em investigar a forma como as pessoas adotam e se envolvem em determinados comportamentos. Essa teoria identifica dois tipos de motivação, a intrínseca (ou autônoma) e a extrínseca. Segundo ela, a motivação é uma energia psíquica direcionada a uma meta em particular, sendo que os motivos intrínsecos resultam da própria vontade do indivíduo e são uma forma de pensar e de agir que cada ser humano traz dentro de si emergindo em indivíduos cujo contexto social dá suporte para o desenvolvimento de autonomia, competência e prontidão. Os motivos extrínsecos, por sua vez, dependem de fatores externos ao indivíduo (Deci et al, 1985; Ryan et al, 2000; Vicente Jr e Dunker et al, 2015).

A motivação do sujeito está relacionada com a satisfação de três necessidades psicológicas básicas (BPN: *Basic Psychological Needs*): necessidade de **autonomia** (Deci, 1975⁷ apud Ryan et al 2000), isto é, necessidade de se sentir independente e autossuficiente, na medida em que é o próprio indivíduo que regula as suas ações; **competência** (Harter, 1978), ou seja, necessidade de se sentir capaz, de interagir com sucesso com os estímulos do meio; e **relacionamento** (Baumeister et al, 1995) necessidade de se sentir vinculado a outros, de ser considerado e apreciado. São estas três BPN que explicam a regulação do comportamento das pessoas, que se estabelece num *continuum* motivacional, que vai desde a ausência de regulação ou falta de intenção para agir (amotivação) passando pelas formas extrínsecas de

⁷ DECI EL. Intrinsic motivation. New York: Plenum. 1975.

motivação (regulação externa, regulação introjetada, regulação identificada e regulação integrada) e terminando na forma mais autônoma de motivação (regulação intrínseca) (Ryan et al, 2000).

Segundo esse autor, comportamentos intrinsecamente motivados estão engajados por si mesmos, pelo prazer, pelo interesse e pela satisfação derivada da própria participação. Eles são executados voluntariamente, envolvem uma força interior que pode ser vivenciada durante um aprendizado, o enfrentamento de um desafio, ou ainda com o prazer associado a uma ação ou mudança. Indivíduos que regulam seus comportamentos alimentares por terem prazer em preparar refeições saudáveis são considerados intrinsecamente motivados. Os sujeitos, que possuem este tipo de motivação iniciam e persistem, mais facilmente num comportamento, do que aqueles sem essa característica; são indivíduos, por definição, autodeterminados (Ryan et al, 2000; Moller et al, 2006).

Em contraste, a motivação extrínseca pertence a uma variedade de comportamentos que são um meio para um fim e não um fim em si mesmos, em outras palavras, o indivíduo acaba se utilizando deste recurso motivacional para alcançar um objetivo que não necessariamente considera prioridade em seu contexto de vida. A atividade é realizada para provocar consequências agradáveis ou para evitar resultados desagradáveis. São comportamentos regidos por fatores externos, a partir da pressão ou coação em suas relações interpessoais ou intrapsíquicas, o sujeito desempenha a ação em resposta a um estímulo que não parte dele como pessoa,⁸ como culpa e medo do fracasso (Moller et al, 2006).

E finalmente a amotivação refere-se a um estado em que os indivíduos deixam de perceber correlação entre suas ações e os resultados delas. Indivíduos amotivados não são capazes de prever as consequências de seu comportamento. Eles têm um senso de que seu comportamento é causado por forças externas além de seu controle. Eles experimentam sentimentos de incompetência e falta de controle (Deci et al, 1985).

No que diz respeito à perda de peso, a teoria da autodeterminação sugere a necessidade de internalização de valores, ou seja, o paciente precisa entender a

⁸ Por exemplo, o indivíduo aumenta a ingestão de frutas e verduras pela imposição dos familiares ou pelo medo da reação do profissional de saúde, e não porque gosta ou desenvolveu o paladar por aquele tipo de alimento.

importância das mudanças e a incorporação de comportamentos relevantes, tornando-os inerentes à própria identidade do indivíduo.

A esse respeito, Alvarenga (2015) afirma “as pessoas normalmente usam processos cognitivos, afetivos e de auto avaliação para os primeiros passos da mudança. Em estágios mais avançados, o processo normalmente conta com compromissos, condicionamento, mudanças de contingências, controles ambientais e suporte” (pág. 16). O processo de evolução para fases mais avançadas dependerá da decisão para a mudança. Esse processo envolve um balanço entre ganhos e perdas, ou a análise dos prós e contras. Em geral, para avançar, as pessoas precisam perceber ou acreditar que os prós superam os contras, e ter a confiança de que são capazes de executar estratégias, de persistir no processo de mudança e, mais, de sustentar tais estratégias.

Assim, de acordo com a teoria, a perda de peso não seria um resultado satisfatório (sustentável a longo prazo), se as razões da aderência à mudança alimentar viessem de fontes externas⁹. Nesse caso, o indivíduo não teria endossado pessoalmente os comportamentos, nem desenvolvido uma vontade genuína de fazê-lo (Deci et al, 1985).

Ainda de acordo com a teoria, a motivação intrínseca depende das próprias características de cada indivíduo, que leva em consideração a auto-estima, a autonomia, o auto-controle e a auto-crítica (Deci et al, 1985).

Trudeau et al (1998) enfatizavam ainda que a motivação intrínseca é um preditor da adoção de uma alimentação saudável (rica em fibras, frutas e hortaliças e pobre em gordura), de modo que se o TPP não trabalhar essa característica do paciente, além da transmissão dos conhecimentos básicos (Toral et al, 2007; Kilander, 2001) dificilmente terá continuidade e/ou sucesso em levar o paciente a mudanças favoráveis de seu comportamento alimentar e conseqüentemente ao peso adequado.

Sob os fundamentos da teoria da autodeterminação (Deci et al, 1985), infere-se que a mudança de comportamento vai depender do tipo e grau de motivação do indivíduo; da capacidade do profissional em lidar com o estágio motivacional de seu paciente; bem como do suporte social a que o paciente pode contar.

⁹ Por exemplo, porque seu cônjuge insistiu, ou porque você se sentiria culpado se não o fizesse.

2.3.3.2. O papel do suporte social

Suporte (ou apoio) social, segundo Siqueira (2008), é definido como “os recursos materiais e psicológicos aos quais as pessoas têm acesso por meio da sua rede social”; é oferecido por indivíduos nos quais se pode confiar, com quem se pode comunicar, contar com a ajuda e ser assistido (Fonseca et al, 2008), podendo auxiliar no restabelecimento das condições de saúde do paciente (Matsukura et al, 2002).

Rede social, por sua vez, pode ser definida como uma estrutura social composta por pessoas ou organizações, conectadas por um ou vários tipos de relações, que compartilham valores e objetivos comuns; as redes sociais estão fortemente ligadas ao construto do apoio social, constituindo o canal por meio do qual esse apoio é fornecido (Vermelho et al, 2015, Siqueira 2008).

O suporte social, enquanto processo que envolve o sujeito e a sua rede social, pode ser classificado como a) formal, refletindo o apoio proveniente de fontes institucionais e b) informal, caracterizado pelo apoio com origem de fora de contextos formais, incluindo o apoio proveniente de amigos e familiares (Siqueira, 2008; Calheiros et al 2007; Campbell et al 2011).

Pinelli et al (2011) e Shields (2009), consideram o suporte social um elemento importante para o andamento dos TPPs, não importando se formal ou informal, embora o apoio familiar e de amigos exerça um efeito particularmente favorável para a consolidação de comportamentos alimentares saudáveis e assim persistência no TPP (Silva et al, 2018; Canetti et al, 2009; Vieira, 2012; Leonidas, 2012; Livhits et al, 2011).

O estudo de Pimenta (2016), cujo tema foi a satisfação com o suporte social e a perda de peso, é especialmente ilustrativo a esse respeito. Segundo sua pesquisa, os indivíduos que apontaram uma maior satisfação com o suporte familiar tinham uma maior porcentagem de perda de peso.

A carência do apoio familiar seria um dos principais aspectos que dificultam a perda de peso, os indivíduos que não sentem este amparo desenvolvem sentimento de frustração, já os que o percebem, relatam bem-estar e motivação. O suporte familiar percebido pelo indivíduo, é considerado fator de proteção no processo de controle do peso (Silva et al, 2018; Palmeira et al, 2016). A esse respeito, o estudo de Silva et al (2018) é ilustrativo. Seu objetivo foi descrever a correlação do grau de percepção do suporte familiar com o nível de sintomatologia depressiva e ansiosa em

pacientes com obesidade. Os seus resultados indicaram que quanto maior o suporte familiar percebido, menores eram os escores de sintomas depressivos e ansiosos, e conseqüentemente maior o controle do paciente sobre seu consumo alimentar.

Estudo de Varkevisser et al (2019), em revisão sistemática sobre os determinantes para a manutenção da perda de peso concluiu que indivíduos bem-sucedidos na manutenção da perda de peso tiveram apoio de um contexto social e familiar.

Um outro ator do processo de emagrecimento é o profissional de saúde que conduz e prescreve o TPP. O paciente pode ter motivação, suporte social e familiar, mas a persistência no tratamento também dependerá desse ator, bem como da satisfação com o protocolo de tratamento, como atestam vários autores.

2.3.3.3. A satisfação com o tratamento para perda de peso

O tratamento engloba vários atores, o paciente, seu suporte social (familiares, amigos, vizinhos, entre outros) e o profissional responsável, médico, nutrólogo ou nutricionista.

Segundo vários autores, uma grande parte dos modelos de atendimento nutricional segue o modelo biomédico de tratamento, onde algumas vezes não existe a empatia nem o diálogo entre indivíduo e nutricionista, nem a consideração das condições psicossociais do paciente, como já mencionado (Boog, 2008; Boog 2017; Reis 1998; Soares et al, 2017; Cori et al, 2015; Taglietti et al, 2018; Palmeira et al, 2016; Demétrio et al, 2011 e Navolar et al, 2012). A influência desta questão no sucesso dos TPPs também é alvo de muitos estudos (Palmeira et al, 2016; Boog, 2017; Cori et al, 2015; Ulian et al, 2015; Alvarenga e Vicente Jr, 2015; Taglietti et al, 2018).

Palmeira et al (2016) em seu estudo sobre os fatores determinantes na adesão ao tratamento da obesidade concluiu que este é um fenômeno complexo que envolve diferentes áreas do conhecimento e abrange aspectos relacionados ao paciente, à doença, à terapêutica, e ao relacionamento com o profissional e com a família. Destaca ainda, que o profissional necessita estabelecer uma forma de comunicação que desenvolva a confiança e a segurança no paciente, de modo que o mesmo acredite e valorize o tratamento, aumentando as chances do sucesso do TPP.

Para Boog (2017), o papel do nutricionista vai além da transmissão de conhecimentos científicos e do discurso sobre alimentos, nutrientes e culinária, pois o fenômeno da alimentação compreende corpo, mente, psique e sociedade. A empatia é uma característica de suma importância por parte do profissional, o seu olhar precisa estar preparado para alcançar a subjetividade do paciente.

Nesta mesma linha Cori et al (2015), em seu estudo sobre atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos, relatam que a estigmatização e/ou culpabilização do indivíduo por sua condição nutricional é algo muito presente no cotidiano das abordagens dietoterápicas, fato este que acentua a baixa autoestima dos indivíduos com excesso de peso. A humanização da prática é algo escasso na rotina dos tratamentos, evidenciando que “a formação do nutricionista é falha em estratégias de aconselhamento¹⁰ (nutricional), (para) mudança comportamental e (na) abordagem da imagem corporal, o que pode se constituir numa limitação importante no tratamento da obesidade de forma holística” (Cori et al, 2015, p. 572).

Ainda cabe destacar o ponto de vista de Ulian et al (2015), que reforçam essa questão do tipo de abordagem que o profissional desenvolve. Como já explicitado, o modelo tradicional de atendimento nutricional tem como foco a dietoterapia, ou seja, alimentos e nutrientes, e o plano de ação é baseado em dietas¹¹ ou prescrições, existindo uma grande ênfase na educação nutricional. Os autores, todavia, defendem que os TPPs podem ir mais além deste perfil, focando também em como se come, na construção de um relacionamento intenso com o paciente e no plano de ação baseado não em “dietas” mas em metas e planos alimentares¹² individualizados, favorecendo o sucesso dos TPPs.

¹⁰ Aconselhamento nutricional pode ser definido como “um encontro entre duas pessoas para examinar com atenção, olhar com respeito e deliberar com prudência e justiça sobre a alimentação de uma delas” (Motta, 2009 apud Ulian et al, 2015). MOTTA DG. Aconselhamento nutricional. In. Motta DG. Educação nutricional e diabetes tipo 2. Piracicaba: Jacinta. p. 27-33. 2009.

¹¹ Dieta: regime alimentar prescrito pelo profissional de saúde a um doente ou a um convalescente; abstenção, com fins terapêuticos, de certos alimentos. Privação parcial de alimentos. (Dicionário on line da Língua Portuguesa, 2019 <https://www.dicio.com.br/dieta/> (acessado em 18 de Setembro de 2019); Alvarenga et al, 2015).

¹² Plano alimentar: estratégia alimentar para se alcançar determinado objetivo, personalizado a cada paciente em seu contexto biopsico, socioeconômico e cultural.

O enfoque prescritivo¹³ das consultas pode ser algo que favorece o abandono dos TPPs, segundo Katrina et al (1996)¹⁴ apud Alvarenga e Vicente Jr et al (2015), “mudar do papel prescritivo para o papel de guiar nossos pacientes significa que precisamos trabalhar com o processo e não apenas com o conteúdo. Conteúdo é o objeto da conversa e processo é a dinâmica da interação” (Alvarenga e Vicente Jr 2015, p.191).

Ainda vale destacar a conclusão de Taglietti et al (2018), em sua pesquisa sobre os aspectos subjetivos do tratamento da obesidade, que o tipo de abordagem do nutricionista é fator que pode influir no sucesso do tratamento dietético e que experiências desfavoráveis de TPPs anteriores levam a atitudes negativas em futuros atendimentos.

Diante de todo exposto, sabendo que todo indivíduo possui anseios, necessidades e dificuldades e que o ato de comer do paciente vai muito além das necessidades fisiológicas, diversos autores afirmam que um atendimento que não considera todas estas questões pode gerar outras doenças físicas e mentais (Ogden et al, 2008; Fogelman et al, 2002; Cori et al, 2015; Alvarenga, 2015; Alvarenga e Koritar, 2015; Taglietti et al, 2018; Vieira et al, 2010; Palmeira et al, 2016). E a fragilidade existente na relação paciente-nutricionista pode se tornar um fator complicador da persistência no TPP, podendo ser um dos motivos de abandono do tratamento (Taglietti et al, 2018; Cori et al, 2015).

Nessa relação profissional-paciente, um elemento importante é o próprio plano alimentar prescrito. A satisfação do paciente com o tratamento depende em larga medida do grau de aderência à prescrição dietoterápica, à condição econômica do indivíduo, à sua disponibilidade de tempo para aquisição e preparo dos alimentos, bem como as suas preferências (James et al, 2018). A falta de perspicácia do profissional quanto a essas condições do paciente tenderá a favorecer o abandono do tratamento.

Abarcando esses aspectos, a pesquisa de James et al (2018) mediram a satisfação com relação ao custo do plano alimentar prescrito, às etapas de planejamento e à preparação dos alimentos, bem como à preocupação com a comida,

¹³ No sentido de ser conteudista e inflexível, que não considera as características individuais do paciente.

¹⁴ KATRINA K, KELLOG M. Advanced Counseling Concepts. IN: Katrina K, King N, Hayes D. Moving away from diets – healing eating problems and exercise resistance. Lake Dallas, TX: Helm Seminars, 1996.

entre outros. Os autores concluíram que indivíduos com altos escores de satisfação com suas dietas – satisfação com o custo e com as preparações culinárias – foram associados a uma maior magnitude de perda de peso. Por outro lado, concluíram também que a baixa satisfação indicaria a necessidade de ajustar a intervenção às necessidades do indivíduo, eliminando as barreiras à adoção às mudanças necessárias (James et al, 2018).

Por fim, também verificaram que a relação das etapas de planejamento e preparação dos alimentos têm forte impacto na satisfação com a dieta, fato que reforça a relevância do desenvolvimento das habilidades culinárias no paciente, pois desta forma será possível agregar as preferências do indivíduo à uma alimentação adequada do ponto de vista nutricional (James et al, 2018, Brasil. Marco de referência de Alimentação e Nutrição 2012).

Ainda no que se refere à prescrição da alimentação, vários autores são enfáticos quando afirmam que planos dietéticos restritivos podem ser ineficazes, pois a restrição gera sensação de privação biológica e também psicológica, o que pode gerar alterações metabólicas e desencadear compulsões alimentares, fatos que prejudicam o bom andamento dos TPPs (Cori et al, 2015; Alvarenga e Polacow, et al, 2015).

Em suma, a insatisfação com o plano alimentar prescrito pode dificultar a adoção e manutenção das modificações dietéticas necessárias. Portanto, um programa alimentar deve propiciar condições facilitadoras para as mudanças que deverão ser implementadas, e no controle de peso é fundamental que a prescrição dietética, independentemente de sua denominação (dieta ou plano alimentar) tenha a função de direcionar para hábitos alimentares saudáveis, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo (Amorim et al, 2016, James et al, 2018).

De modo geral, vários aspectos podem interferir no abandono dos TPPs, os centrados no indivíduo, destacando suas motivações e sua rede social e os que englobam o tratamento, ressaltando e destacando o papel do profissional e da sua abordagem.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESES

Objetivos: Analisar a probabilidade de abandono de tratamento nutricional para perda de peso segundo aspectos psicossociais, socioeconômicos, demográficos e clínicos e identificar os motivos que levam ao abandono do tratamento nutricional para perda de peso, segundo a percepção de pacientes com excesso de peso.

As hipóteses do trabalho foram:

- A falta de motivação e de suporte social aumentam a probabilidade de abandono do tratamento nutricional.
- A satisfação com o tratamento reduz a probabilidade de abandono do tratamento para perda de peso.
- A percepção do paciente de falta de resultados e de empatia do nutricionista e a dificuldade para se adequar às restrições impostas pelo tratamento contribuem para o abandono.

4. METODOLOGIA

4.1. Delineamento do estudo e locais para recrutamento dos participantes

O presente trabalho é um estudo transversal qualiquantitativo retrospectivo, a partir de dados primários, visando analisar a probabilidade de abandono a tratamentos nutricionais para perda de peso segundo fatores psicossociais (satisfação, suporte social e motivações), por meio do método Probit (Wooldridge, 2010).

A pesquisa foi desenvolvida em três etapas. Na primeira, de caráter quantitativo, foram aplicados questionários para coleta de dados socioeconômicos, demográficos, antropométricos, clínicos, de atividade física, no que diz respeito a aspectos psicossociais relacionados a TPPs e desenvolvida a caracterização da amostra. Na segunda, também de caráter quantitativo, estimou-se um modelo para analisar a probabilidade de abandono de TPP, e o papel de fatores psicossociais sobre essa probabilidade (satisfação, suporte social e motivação).

Na terceira, de caráter qualitativo, foram realizadas entrevistas para investigar as características dos protocolos de tratamento, dos profissionais responsáveis pelos TPPs, os sentimentos do indivíduo durante a terapêutica e os motivos do abandono destes tratamentos.

O recrutamento dos participantes da pesquisa ocorreu em instituições de saúde, como a Caixa Beneficente da Polícia Militar do Estado de São Paulo (CBPM), em uma Clínica de Nutrição de uma Academia de ginástica localizada na Cidade de São Paulo, Academia K2 - Fitness Technology e em uma instituição de ensino, a Faculdade de Tecnologia do Estado de São Paulo (FATEC), as quais autorizaram a realização da pesquisa em suas dependências e com seus pacientes, frequentadores, alunos e funcionários, por meio de cartas de anuência constantes dos anexos I a III.

4.2. Etapa 1 – Características sócio demográficas, econômicas e clínicas de pessoas que abandonaram e das que estão em TPP

4.2.1. O questionário e o estudo piloto

Foi aplicado um questionário contendo quatro partes. A primeira contemplou as características sócio demográficas, antropométricas, clínicas e relativas à prática de atividade física dos participantes da pesquisa (parte A). A segunda parte destinou-se a investigar a satisfação dos pacientes em relação aos TPPs a que se submeteram ou que ainda estavam se submetendo (parte B). A terceira visou examinar o suporte social e as motivações dos participantes para dar continuidade a tratamentos nutricionais para perda de peso (parte C). E a quarta parte relativa aos aspectos socioeconômicos da família foi baseada no questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Parte D) (ABEP, 2015)¹⁵, constante do Anexo IV.

As partes B e C, desse questionário, foram compostas com questões extraídas e adaptadas de seis instrumentos, já existentes na literatura, voltados para aspectos motivacionais, de satisfação com tratamentos recebidos e de suporte social (Koehlein et al, 2008; Gonçalves et al, 2015; Duarte, 2001; Levesque et al, 2007; Pelletier et al, 2004; Williams et al, 1996).

O questionário foi testado em um estudo piloto para verificar a adequação da forma das questões propostas, detalhado adiante.

Esse questionário, para autopreenchimento, foi feito em duas versões, para os indivíduos que estavam em tratamento (versão tratamento - TRAT) (apêndice I, partes A, B e C) e para os que tinham abandonado o TPP (versão abandono - ABT) (apêndice II, partes A, B e C).

As duas versões foram compostas, respectivamente, por 18 e 17 perguntas, fechadas e de múltipla escolha, sendo as sete primeiras relacionadas a aspectos sócio demográficos e medidas antropométricas. A seleção dessas variáveis foi inspirada na

¹⁵ Este instrumento objetiva estimar o poder de compra de pessoas e famílias urbanas, determinando sua classe econômica por meio da classificação dos domicílios.

literatura, como idade (Figueiredo et al, 2008; Halali et al, 2018), sexo (Koehnlein et al, 2008; Halali et al, 2018), estado conjugal (Gigante et al, 2009) e escolaridade (Figueiredo et al, 2008; Gigante et al, 2009; Halali et al, 2018).

Na versão ABT as questões de 8 a 18 exploram o histórico clínico do indivíduo em relação a tratamentos para perda de peso (tipo de profissional, utilização de medicamentos, tempo em que se encontra ou esteve¹⁶ com excesso de peso (obesidade ou sobrepeso), e há quanto tempo o paciente estava tentando perder peso. As questões seguintes contemplam: se o participante é praticante de atividade física, quando realizou o TPP e por qual motivo, por quanto tempo se manteve no tratamento, se atingiu a meta de perda de peso, e se considera que o abandonou, indicando as razões que o levaram a tal atitude (Koehnlein et al, 2008 e Gonçalves et al, 2015).

A variável abandono foi extraída da questão 17, a partir da percepção do indivíduo, uma vez que a autopercepção do indivíduo é uma informação considerada válida (Arruda et al. 2017)¹⁷.

No que se refere à versão tratamento, similarmente à versão ABT, as questões 8 e 17 exploram o histórico clínico do indivíduo em relação a tratamentos para perda de peso (tempo com excesso de peso, tempo tentando perder peso, realização de tratamentos para perda de peso anteriores e com qual tipo de profissional¹⁸ e utilização de medicamentos), as demais contemplam, a prática de atividade física, há quanto tempo está no tratamento e as razões da procura e finalmente se pretende dar continuidade ao TPP e caso contrário, quais seriam os motivos do possível abandono (Koehnlein et al, 2008 e Gonçalves et al, 2015).

Em ambas as versões a parte B investiga a satisfação do indivíduo com o profissional, com o protocolo e com a evolução do tratamento a que se submeteu ou que ainda está se submetendo. Essa parte é composta de 8 afirmações que foram extraídas e adaptadas dos questionários de Koehnlein et al, 2008 e Gonçalves et al,

¹⁶ Quando o participante estiver em estado de eutrofia.

¹⁷ Esta é a variável dependente do modelo a ser detalhado adiante.

¹⁸ Algumas dessas variáveis, tanto na versão ABT, quanto TTO, não foram analisadas, porque as respostas obtidas ficaram inconsistentes ou repetidas. Foram elas: a realização de tratamentos para perda de peso anteriores, o tipo de profissional e meta para perda de peso.

2015, que investigaram os fatores intervenientes no seguimento do tratamento nutricional para redução de peso e a adesão à reeducação alimentar.

A parte C explora a influência do suporte social no seguimento dos tratamentos e as motivações, seu tipo e grau. Suas questões, também afirmativas, foram adaptadas dos questionários validados: Regulation of Eating Behavior Scale (REBS) de Pelletier et al (2004); Treatment Questionnaire Concerning Entering the Weight Loss Program - Treatment Self-Regulation Questionnaires (TSRQ) de Williams et al (1996); Treatment Self-Regulation Questionnaires tobacco (TSRQ tobacco) de Levesque et al (2007) e Apgar familiar de Duarte (2001).

O REBS (Regulation of Eating Behavior Scale) examina como formas autônomas de motivação estão relacionadas a comportamentos alimentares bem-sucedidos e sustentados (Pelletier et al, 2004).

O TSRQ (Treatment Self-Regulation Questionnaires) investiga as razões pelas quais as pessoas se engajam em algum comportamento saudável, iniciam um tratamento para uma condição médica, tentam mudar um comportamento insalubre, seguem um regime de tratamento ou se envolvem em algum outro comportamento relevante para sua saúde. O questionário avalia o grau de motivação de uma pessoa para os comportamentos de saúde e os tipos, autônoma ou extrínseca. Os autores desenvolveram várias versões desse instrumento, sendo que na presente pesquisa foram utilizadas a versão relativa à participação em um programa de perda de peso e a versão relativa à motivação para o abandono do hábito tabagista (Williams et al, 1996; Levesque et al, 2007).

E o instrumento Apgar (Duarte, 2001) que analisa a funcionalidade familiar e sua influência nas mudanças comportamentais. Cabe registrar que esse instrumento foi adaptado para captar a influência do suporte social fornecido também por amigos e colegas de trabalho, uma vez que alguns autores defendem que este tipo de suporte também pode ser particularmente favorável para a consolidação de comportamentos saudáveis (Varkevisser et al, 2019; Silva et al, 2018; Canetti et al, 2009; Vieira, 2012; Leonidas, 2012; Livhits et al, 2011).

Ante o exposto, a parte C é composta de 25 afirmações. As três primeiras são relacionadas ao suporte social (família, amigos e ambiente de trabalho) e analisam a

influência deste à persistência ou abandono do tratamento. As de número 4 a 10 estão relacionadas à motivação intrínseca, as de 11 a 23 se referem à motivação extrínseca e finalmente as questões 24 e 25 tratam da amotivação.

Os participantes avaliaram as afirmações da parte B e C por meio de uma escala Likert, de 5 pontos, segundo a qual vários graus de concordância e discordância podem ser atribuídos às afirmações. Para as afirmações da parte B, o participante escolheu entre 0 (extremamente insatisfeito) a 4 (extremamente satisfeito), à semelhança do esquema adotado por Correia et al, 2016, de modo que o escore que cada pessoa pode atingir varia de 0 a 32 pontos. No que tange à parte C, cujo significado varia para cada grupo de afirmações relativas ao suporte social, à motivação intrínseca, motivação extrínseca e amotivação. As respostas também foram dadas com base em uma escala Likert de 5 pontos, sendo 0 para totalmente falso e 4 totalmente verdadeiro (escala adaptada por Levesque et al, 2007).

A pontuação total para as 3 primeiras afirmações, associadas à influência do suporte social, varia entre 0 (nenhum suporte social) e 12 (grande suporte social), também baseada em uma escala Likert de 5 pontos (0 a 4).

Relacionadas à motivação intrínseca existem 7 afirmações (4 a 10) cuja pontuação total pode variar de 0 (sem motivação intrínseca) a 28 (elevada motivação intrínseca). No que tange à motivação extrínseca, constam 13 afirmações, de modo que a pontuação total pode variar no intervalo de 0 (sem motivação extrínseca) a 52 (elevada motivação extrínseca) e finalmente a amotivação, 2 afirmações com pontuação total variando entre 0 (amotivação nula) e 8 (elevada amotivação). Após a tabulação dos dados, essas variáveis, bem como uma transformação das mesmas (soma das pontuações das motivações intrínsecas e extrínsecas e exclusão da amotivação), foram testadas, selecionando-se para participar do modelo a variável transformada para representar o grau de motivação do participante, padronizada na base 10.

E por fim, a parte D composta por questões extraídas do questionário da ABEP, que permitem uma classificação socioeconômica da família dos indivíduos da amostra. A pontuação deste segmento do formulário foi feita de acordo com a quantidade de bens e serviços domésticos que estavam no domicílio e em funcionamento e pelo grau de instrução do chefe da família. Cada item tem sua

pontuação específica, variando conforme a quantidade disponível. A classificação é feita com base no somatório dos pontos, sendo considerada classe A, quando a família atinge de 45 a 100 pontos, classe B1 entre 38 e 44 pontos, classe B2 de 29 a 37 pontos, classe C1 entre 23 e 28 pontos, classe C2 de 17 a 22 pontos e classes D e E contemplando 0 a 16 pontos. A pontuação auferida nesta parte também foi normalizada para a base 10, para ser incorporada no modelo descrito adiante.

Antes da aplicação dos questionários na amostra da pesquisa foi realizado um teste piloto dos mesmos, como já mencionado, para assegurar a compreensão, identificar possíveis falhas e, caso necessário, proceder às adequações. Esse teste também foi útil para obter uma estimativa do tempo necessário para preenchimento dos questionários.

Este teste foi desenvolvido com indivíduos dos locais onde foi realizada a pesquisa. Os critérios de seleção para este teste obedeceram aos critérios de inclusão, detalhados adiante. Os indivíduos foram selecionados aleatoriamente, sendo a amostra desse piloto constituída por 15 pessoas, ressaltando-se que os participantes desta fase foram excluídos da pesquisa principal (Manzato et al, 2014).

4.2.2. Das variáveis de estudo

Nas duas versões (ABT e TTO), as variáveis, a serem estudadas, relacionadas aos aspectos socioeconômicos, demográficos, antropométricos, clínicos e de atividade física foram obtidas a partir das questões da primeira parte do questionário (parte A).

No que tange aos aspectos psicossociais, as mesmas foram extraídas das perguntas das partes B e C. E finalmente com relação à classificação econômica, a variável foi alcançada a partir dos questionamentos da parte D.

4.2.3. Amostra e coleta de dados

No que tange à amostra das Etapas I e II, foram recrutados indivíduos das instituições participantes, constituindo uma amostra não-probabilística de conveniência (Mattar F, 1996, p. 132).

O tamanho da amostra foi determinado a partir de parâmetro relativo ao Índice de Massa Corporal extraído da amostra do estudo piloto com base na fórmula Snedecor; Cochran (1967):

$$N = [(z_{\alpha/2} * \sigma)/E]^2$$

Onde:

N = é o tamanho da amostra;

$z_{\alpha/2}$ = valor crítico que corresponde ao grau de significância $\alpha = 5\%$;

σ = Desvio padrão populacional da variável estudada (IMC);

E = margem de erro admitida.

Aplicando-se a média e o desvio padrão do IMC encontrado no estudo piloto (25,8kg/m² e 4,767kg/m², respectivamente) determinou-se uma amostra de 90 indivíduos, conforme demonstrado abaixo. Foi adotado um erro correspondente a 4% da média, e uma margem de 10% para cobrir eventuais perdas ou desistência dos participantes, e um nível de significância de 95%.

$$n = [(1,96 * 4,767) / 1,032]^2 = 81,9$$

$$N = n * 1,1 = 81,9 * 1,1 = 90,1 \cong 90^{19}$$

Foram critérios de inclusão: adultos de 20 a 60 anos, de ambos os sexos que, independente do seu estado nutricional, já tinham iniciado tratamento para perda de peso, com nutricionista, e o abandonaram, ou indivíduos que não abandonaram o TPP com nutricionista, (estando ou não em tratamento). E como critérios de exclusão: Indivíduos que nunca passaram por TPP e indivíduos que estivessem fora da faixa etária definida.

Todos os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que consta do Anexo V.

Para o recrutamento das pessoas para compor a amostra foi adotado o seguinte procedimento. Nas instituições de saúde, a pesquisa foi divulgada por meio de um *banner*, que ficou exposto pelo período de 4 meses, convidando interessados

¹⁹ Todavia a amostra final ficou inferior à planejada em função da dificuldade de recrutamento de pessoas que se dispusessem a participar da pesquisa.

(pacientes, funcionários e frequentadores da academia) para uma palestra (slides no Apêndice III) e, na sequência, para participar da pesquisa. Neste *banner* havia o tema da palestra, o objetivo da pesquisa e o contato da pesquisadora, solicitando aos interessados entrarem em contato com a mesma. À medida que se foram formando grupos de 20 pessoas foram combinadas datas para a palestra e coleta de dados. Após a palestra, os objetivos da pesquisa e a forma de preenchimento dos questionários foram apresentados, reiterando-se o convite para a participação. As pessoas que concordaram em participar assinaram o TCLE. Em seguida foram convidados a preencher os questionários e à medida que finalizavam o preenchimento foi feita a avaliação antropométrica, por meio da mensuração do peso e questionamento quanto à estatura. Na sequência receberam informação sobre o seu estado nutricional e um folheto com noções básicas sobre alimentação saudável, constante do anexo VII. Ao final foi feita uma mesa redonda para tirar dúvidas adicionais dos mesmos sobre alimentação e nutrição.

Na instituição de ensino, o mesmo procedimento foi realizado, recrutando-se participantes para a pesquisa entre alunos, funcionários e professores.

A medida do peso foi realizada em balança digital, da marca G-Tech Glass 200 em vidro transparente, com capacidade para 150 Kg e mínima 2 Kg, feita em duplicata, os pacientes foram pesados sem sapatos, com roupa leve (Ministério do Planejamento, Pesquisa Nacional de Saúde. Manual de Antropometria. 2013).

A estatura foi obtida por meio de auto relato dos indivíduos, já que estudos epidemiológicos voltados ao monitoramento da prevalência de excesso de peso, relatam que a altura auto referida constitui informação confiável (Fonseca et al, 2004; Peixoto et al, 2006), o que torna viável a utilização desta metodologia no presente estudo.

Os indivíduos foram classificados de acordo com o IMC calculado pela razão de peso e altura ($\text{Kg}/\text{altura}^2(\text{m})$) e categorizado conforme os valores estabelecidos pelas Diretrizes Brasileiras de Obesidade (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade, 2016).

4.3. Etapa 2 – Análise da probabilidade de abandono do TPP – Avaliação quantitativa

4.3.1. Fatores associados à probabilidade de abandono do TPP

Para investigar a probabilidade de abandono do TPP segundo características psicossociais, econômicas, demográficas, antropométricas e clínicas, estimou-se o modelo probit de regressão múltipla (Wooldridge, 2010) para variável dependente binária abandono (Abt: 0 não abandonou o tratamento e 1 abandonou o tratamento).

O modelo original incorporou variáveis como local de recrutamento (origem), socioeconômicas, demográficas, antropométricas, uso de medicamentos, o fator atividade física, e a duração do tratamento, o tempo com excesso de peso e o tempo tentando perder peso, como variáveis controle, além das variáveis que se pretendeu testar a influência sobre a probabilidade do abandono do TPP, a saber: a motivação, o suporte social e a satisfação com o tratamento, conforme expressão abaixo.

$$AbT = f(\text{EstSau}, \text{Idade}, \text{Idade}^2, \text{Masc}, \text{Solt}, \text{SupC}, \text{Tamfam}, \text{IMC}, \text{IMC}^2, \text{Medic}, \text{FA}, \text{GSAT}, \text{GSSOC}, \text{GMOTIE}, \text{GSECON}, \text{Dtmeses}, \text{Epmeses}, \text{QTPPmeses})$$

Onde:

AbT = Abandono (variável binária: 0= não abandonou o tratamento e 1= abandonou o tratamento);

EstSau = variável binária que indica pacientes recrutados em estabelecimentos de saúde =1, ou em estabelecimento educacional = 0;

Idade = Idade (em anos);

Idade²= Idade ao quadrado (em anos);

Masc = Sexo (variável binária: feminino=0, masculino=1);

Solt = Estado conjugal (variável binária: casado= 0, solteiro=1);

SupC = Nível de Escolaridade (variável binária, menos que sup completo=0, superior completo ou mais/Sup C=1);

Tamfam = Tamanho da família;

IMC= Índice de massa corporal;

IMC2= Índice de massa corporal ao quadrado;

Medic= utilização ou não de medicamento (variável binária, não utiliza=0, utiliza=1);

FA= Atividade Física (variável binária: sedentário = 0, ativo =1);

GSAT= Grau da Satisfação com o Tratamento (pontuação de 0 a 32, normalizada na base 10);

GSSOC= Grau do Suporte Social (pontuação de 0 a 12, normalizada na base 10);

GMOTIE= Combinação linear dos graus da motivação intrínseca e extrínseca (pontuação de 0 a 80, normalizada na base 10);

GSECON = Nível Socioeconômico (pontuação ABEP de 0 a 100, normalizada na base 10);

Dtmeses= Duração do tratamento (em meses);

Epmeses= Tempo com excesso de peso (em meses);

QTPPmeses= Tempo tentando perder peso (em meses).

As variáveis Idade e IMC foram também inseridas ao quadrado, com o intuito de verificar a mudança de direção da influência dessas variáveis sobre a probabilidade de abandono à medida que se elevam.

Em função de correlação elevada e estatisticamente significativa entre as variáveis relacionadas à motivação (31,7%), decidiu-se por fazer uma combinação linear dos dois tipos de motivações (intrínseca e extrínseca), desconsiderando-se a pontuação relativa a amotivação por ser complementar àquela variável, como já mencionado.

4.3.2. Modelagem da regressão

A modelagem da regressão multivariada foi feita pelo método *stepwise forward*. Primeiramente foi feita a análise univariada com cada variável independente, identificada na literatura como possível fator a influenciar a probabilidade de abandono, incluindo as variáveis psicossociais que se pretendia testar. Em outras palavras, a escolha das variáveis finais utilizadas no modelo foi obtida inicialmente estimando um probit simples envolvendo apenas uma possível variável independente. Os resultados da análise univariada podem ser observados no Apêndice IV, onde se constata que 11 das 18 variáveis originais foram selecionadas ($p < 0,2$) para compor o modelo final, conforme expressão apresentada a seguir:

$$ABT = f(\text{EstSau, IMC, IMC2, SupC, Medic, GSAT, GSSOC, GMOTIE, Dtmeses, Epmeses, QTPPmeses})$$

O modelo final foi estimado pelo método probit, cujos coeficientes não refletem a magnitude do impacto das variáveis independentes sobre a dependente, apenas a direção do efeito (Wooldridge, 2010). Para conhecer a magnitude desses impactos foi necessário calcular os efeitos marginais que indicaram a magnitude do impacto da variação (marginal) de uma unidade em determinada variável independente sobre a probabilidade de abandono do TPP.

Utilizou-se o programa StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LP para os cálculos estatísticos e estimação do modelo.

4.4. Métodos

Para avaliação da homogeneidade dos dois grupos de participantes, os que abandonaram e os que estavam em tratamento, foram aplicadas estatísticas descritivas e testes de igualdade de médias, e de proporções (teste *t* de student e teste *z*). A análise da probabilidade de abandono do TPP foi realizada por meio do modelo probit de regressão múltipla, sendo que os testes dos coeficientes e do modelo foram realizados no nível 20%, para a análise univariada, e para o modelo final, os testes foram no nível de 10%, com auxílio do software StataCorp, 2015.

4.5. Etapa 3 – Características dos TPPs e os motivos do abandono do tratamento, segundo a percepção dos indivíduos entrevistados – Avaliação qualitativa

4.5.1. Aspectos gerais

Os TPPs são baseados nos princípios do equilíbrio energético a partir de uma alimentação saudável e da prática de exercícios físicos. Todavia, como evidenciado na revisão da literatura, o sucesso do tratamento envolve muito mais do que a simples prescrição de uma alimentação saudável e exercícios físicos regulares. Os vários trabalhos sobre esse tema, demonstram que o abandono é um fenômeno multicausal de difícil definição que carrega consigo inúmeros fatores subjetivos, que se encontram por trás desta condição (Barsaglini et al, 2010; Boog, 2017; Niquini et al, 2012; Soares et al, 2017; Palmeira et al, 2016; Taglietti et al, 2018), não existindo até o momento um consenso acerca de seus determinantes. Nesse contexto, se fazem necessárias investigações das mais diversas modalidades para ampliar as bases da discussão.

Nessa direção, foram realizadas, na terceira etapa do estudo um inquérito de caráter qualitativo, baseado em entrevistas com uma sub-amostra dentre as pessoas com excesso de peso (sobrepeso ou obesidade) que abandonaram seus tratamentos antes de alcançar os resultados esperados. Para tal análise, foi considerado somente o último tratamento com nutricionista ao qual os mesmos se submeteram.

Cabe dizer que a pesquisa qualitativa visa aprofundar, revelar, descrever, analisar e compreender os significados atribuídos; se baseia no campo da subjetividade e do simbólico, tomando os sujeitos como “atores sociais”. Aborda os problemas humanos e sociais, tais quais concepções sobre saúde e doença, tratamento, adesão e abandono, interagindo os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados (Minayo, 1999; Turato 2011).

No presente estudo, a técnica buscou a percepção do paciente acerca do seu TPP, em relação às características do tratamento (número de retornos, tempo entre os retornos, a existência de uma proposta de meta de perda de peso e o tipo de dieta

prescrita), aos sentimentos do indivíduo durante o mesmo, às ações, conhecimentos e conduta do profissional responsável pelo atendimento, e às razões que o levaram a abandonar o TPP.

4.5.2. Amostra e coleta de dados

Por se preocupar mais com a compreensão abrangente e profunda do grupo social e com o aperfeiçoamento da análise de determinado problema em condições específicas do que com a generalização dos dados, o critério que define a amostra da pesquisa qualitativa não é numérico. A seleção privilegia os indivíduos com atributos que o pesquisador deseja conhecer e o número de pessoas que compõem a amostra é considerado suficiente quando há reincidência de informações, sem deixar de considerar, entretanto, todos os dados coletados (Fontanella et al, 2008; Seidinger, 2014).

Inicialmente, dentre os indivíduos com excesso de peso que abandonaram seus tratamentos, foram sorteadas 6 pessoas e convidadas a participar desta terceira etapa do trabalho, subseqüentemente e de acordo com as informações que foram sendo obtidas, e avaliação da saturação dos dados (Fontanella et al, 2008), foi feito novo sorteio, quando foram escolhidas mais 6 pessoas, finalizando-se as entrevistas quando se percebeu a reincidência de informações, totalizando a amostra de 12 indivíduos. Todos os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específico desta etapa, que consta do Anexo VI.

A coleta de dados foi realizada individualmente utilizando a técnica de entrevista aberta gravada, precedida de breve questionário contendo a identificação do participante e questões sobre as características básicas do tratamento a que se submeteu (Quantos retornos? Qual o tempo entre os retornos (retornos mensais, quinzenais, semanais)? Houve uma proposta de meta de perda de peso? Qual foi esta meta? Qual o tipo de dieta prescrita?).

Após o preenchimento desse questionário, a pesquisadora informou o procedimento de que as respostas seriam gravadas, e propôs a primeira questão, permitindo que o participante se expressasse livremente. Ao se esgotar o tema,

passou para a próxima questão, repetindo o procedimento. As quatro questões abertas foram:

1. Descreva o último tratamento para perda de peso, com nutricionista, a que você se submeteu.
2. Fale dos seus sentimentos durante o tratamento.
3. Fale do profissional que lhe atendeu, acerca de suas ações, conhecimento e conduta.
4. Fale das razões que o levaram a terminar e/ou abandonar o tratamento para perda de peso.

4.5.3. Análise dos dados

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra no mesmo dia de sua realização, sendo mantidos os erros, as repetições e as palavras sem peso semântico. Em seguida foi realizada a transcrição das entrevistas, quando foram retirados os erros gramaticais e reparadas as palavras sem peso semântico, obtendo-se um texto conciso, fácil de ser lido e compreendido (Meihy et al, 2007).

Os nomes dos participantes foram substituídos por siglas.

Sendo um dos objetivos do estudo saber os motivos que levaram ao abandono do tratamento foi feito o seguinte procedimento:

- Após a leitura do conjunto de perguntas e respostas, as perguntas foram eliminadas obtendo-se um único texto que responderia a uma única pergunta: Porque o indivíduo abandonou o tratamento?

- Posteriormente foi retirado do texto tudo que não respondesse à esta pergunta.

- E finalmente iniciou-se a leitura para a criação das categorias de análise. Ao todo foram feitas 6 leituras que deram origem às categorias identificadas (Harris et al, 2009).

- Todos os demais dados foram utilizados para caracterizar os TPPs de forma objetiva.

A identificação das categorias foi feita pelo método Análise de Conteúdo, que busca o significado que as pessoas dão aos fenômenos da vida social (Minayo, 1999). Com esse método avalia-se profundamente a fala do entrevistado, para se compreender criticamente o sentido de sua mensagem, seja ele explícito ou oculto (Rocha et al, 2005; Bardin, 2011), permitindo que se façam interpretações de resultados com grande autoridade (Turato, 2005), e passíveis de complementar estudos quantitativos (Cavalcante et al 2014). Para tanto foram utilizados os seguintes passos, propostos por Bardin, (2011):

1) Identificação das unidades de significado: seleção das ideias principais de cada depoimento, que podem ser palavras, frases, expressões ou trechos.

2) Interpretação e categorização: classificação das unidades de significado segundo suas semelhanças e diferenças e definição de categorias de análise. A determinação do número de categorias e suas denominações foram definidas em conjunto com a orientadora e conferidos por uma professora pesquisadora nutricionista da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo com experiência em pesquisa qualitativa.

3) Análise das categorias: discussão e reflexão sobre os dados coletados e comparação com a literatura.

De acordo com as categorias obtidas nos depoimentos foi possível descrever e criar um desenho dos motivos que levam o indivíduo a abandonar seu TPP.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização da população de estudo

O total de participantes não alcançou a meta definida (90 pessoas) em virtude da dificuldade em encontrar pessoas dispostas a participar do estudo. A amostra final contou com 86 indivíduos, sendo que 49 (57%) compuseram o grupo que abandonou o tratamento (ABT) e o restante integrou o grupo TTO (43%). A maioria dos participantes (91,9%) foi recrutada em estabelecimentos de saúde (CBPM e consultório particular de uma academia), como se pode visualizar na Tabela 1. Nessa tabela também se pode observar a distribuição dos participantes segundo estado conjugal e utilização de medicamentos durante o tratamento, constatando-se que 41,9% não mantinham união estável, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Já em relação ao uso de medicamentos, observa-se que uma proporção maior do grupo que abandonou o tratamento usou medicamentos (40,8% contra 16,2% do grupo TTO), diferença essa estatisticamente significativa ($p < 0,01$). Vale ainda mencionar que 23,2% do total utilizaram medicamentos considerados controlados, tais como sibutraminas e anfetaminas, sendo a maioria do grupo ABT, 16% (14 pessoas), contra 7% (6 pessoas) do TTO.

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo os grupos abandono e tratamento e locais de recrutamento, estado conjugal e utilização de medicamentos. São Paulo, 2019.

Locais	ABT		TTO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Estabelecimento de Saúde	43	87,8	36	97,3	79	91,9
Instituição de Ensino	6	12,2	1	2,7	7	8,1
Total Geral	49	100,0	37	100,0	86	100,0
Estado Conjugal	ABT		TTO		Total	
	N	%	N	%	N	%
União estável	28	57,1	22	59,5	50	58,1
Fora da união estável	21	42,9	15	40,5	36	41,9
Total Geral	49	100,0	37	100,0	86	100,0
Utilização de medicamento	ABT		TTO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não utilizou medicamento	29	59,2	31	83,8	60	69,8
Utilizou medicamento	20	40,8	6	16,2	26	30,2
Total geral	49	100,0	37	100,0	86	100,0

Legenda: N= número de observações. ABT= abandono de tratamento. TTO= tratamento.

A maior parte dos participantes é do sexo feminino (74%), sendo que o grupo em tratamento tinha uma proporção ligeiramente maior de homens (27%) do que o grupo ABT (24,5%), todavia a diferença entre essa proporção não foi estatisticamente significativa (Tabela 2). A idade média dos participantes era quase 40 anos, sendo o grupo em tratamento ligeiramente mais jovem (38,6 anos), muito embora essa diferença não seja estatisticamente significativa ($p > 0,10$). Por outro lado, as mulheres participantes eram mais jovens do que os homens participantes, sendo as do grupo ABT mais velhas do que as do grupo em tratamento (39,1 anos x 37,9 anos, respectivamente), diferença essa que não descaracteriza a homogeneidade dos dois grupos ($p > 0,10$). No que diz respeito ao tamanho da família (TMF), os dois grupos também se mostraram homogêneos, não havendo diferenças estatisticamente significantes: em média as famílias possuíam 3,4 membros.

No que tange à escolaridade, entretanto, os grupos apresentaram níveis diferenciados estatisticamente ($p < 0,05$): o grupo que abandonou o tratamento tinha maior proporção de pessoas com superior completo ou mais (75%) contra apenas 54,1% no grupo em tratamento²⁰.

Também na Tabela 2 aparecem informações sobre atividade física e IMC. No geral e em cada grupo há maior proporção de indivíduos que afirmam ser fisicamente ativos, não havendo, todavia, diferença estatisticamente significativa na proporção de fisicamente ativos entre os grupos. Na média os dois grupos apresentavam Índice de Massa Corporal (IMC) elevado, caracterizando-os com obesidade Grau I, tendo o grupo que abandonou o TPP nível de IMC inferior ao do grupo em tratamento ($p < 0,10$)²¹.

²⁰ Teste uni-caudal.

²¹ Teste uni-caudal.

Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo os grupos abandono e tratamento e sexo, idade, nível de escolaridade, tamanho da família, atividade física e IMC médios. São Paulo, 2019.

Sexo/idade	ABT		TTO		Total	
	N	Idade	N	Idade	N	Idade
Mulheres	37	39,1	27	37,9	64	38,6
Homens	12	44,0	10	40,5	22	42,4
Total Geral	49	40,5	37	38,6	86	39,6

Nível de escolaridade/TMF	ABT		TTO		Total	
	N	TMF	N	TMF	N	TMF
Superior incompleto ou menos	12	3,6	17	3,9	29	3,8
Superior completo ou mais	37	3,5	20	2,8	57	3,2
Total geral	49	3,5	37	3,3	86	3,4

Atividade Física/IMC	ABT		TTO		Total	
	N	IMC	N	IMC	N	IMC
Fisicamente ativos	25	30,0	20	30,7	45	30,3
Sedentários	24	31,7	17	34,7	41	32,9
Total geral	49	30,8	37	32,6	86	31,6

Legenda: N= número de observações. ABT= abandono de tratamento. TTO= tratamento.

No que concerne à classificação econômica, no total geral dos participantes a predominância é da classe B2 (40,7%). No grupo ABT a maior parte se encontra classificada na classe B1 (42,9%), já no grupo TTO, 48,6% está concentrada na classe B2. A proporção de indivíduos nessas duas classes se diferencia estatisticamente entre os dois grupos ($p < 0,05$ e $p < 0,10$, respectivamente)²².

Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo os grupos abandono e tratamento e classificação socioeconômica. São Paulo, 2019.

Classe socioeconômica	ABT		TTO		Total	
	N	%	N	%	N	%
A	8	16,3	8	21,6	16	18,6
B1	21	42,9	8	21,6	29	33,7
B2	17	34,7	18	48,6	35	40,7
C1	3	6,1	3	8,1	6	7,0
Total Geral	49	100,0	37	100,0	86	100,0

Legenda: N= número de observações. ABT= abandono de tratamento. TTO= tratamento.

²² Em relação às demais classes as diferenças das proporções de pessoas não foram estatisticamente significantes.

No que tange ao tempo de duração do tratamento, observa-se (tabela 4) que os participantes declararam um tempo relativamente pequeno em que se mantiveram ou estão em tratamento (7,8 meses), sendo que os indivíduos do grupo TTO permanecem mais tempo em seus tratamentos do que os do grupo ABT permaneceram (10 meses contra 6,2 meses), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Ainda no quesito “duração do tratamento”, agora segundo o sexo, os homens parecem ser mais persistentes do que as mulheres (9,8 meses x 7,2 meses), e isto se acentua quando se considera o grupo que abandonou o tratamento. Neste caso, as mulheres se mantiveram em tratamento durante apenas 4,9 meses, ao passo que os homens persistiram por mais do que o dobro de tempo, todavia este resultado não teve significância estatística ($p > 0,10$).

Como se pode verificar ainda nesta tabela, no que diz respeito ao tempo com excesso de peso, na média, os participantes estavam nessa condição há aproximadamente 12 anos, sendo que a média dos que abandonaram era inferior (9,7 anos) ao tempo dos que estavam em tratamento (quase 15 anos), em média. Tal diferença caracteriza heterogeneidade entre os grupos ($p < 0,05$). No que refere ao tempo tentando perder peso, na média, os participantes estavam nessa circunstância há quase 8 anos, sendo que a média dos que abandonaram era inferior (6,3 anos) ao tempo dos que estavam em tratamento (9,5 anos). Tal dado descaracteriza a homogeneidade entre os grupos ($p < 0,10$).

Cabe registrar ainda que o tempo declarado tentando perder peso (ABT, 6,3 anos e TTO, 9,5 anos) era inferior ao tempo com excesso de peso, sem significância estatística. Já com relação ao sexo, as mulheres se encontravam tentando perder peso há mais tempo que os homens (8,3 anos contra 5,9 anos), desigualdade esta, também estatisticamente significativa ($p < 0,10$).

Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo os grupos abandono e tratamento e duração do tratamento (em meses), tempo com excesso de peso (em anos) e tempo tentando perder peso (em anos) e sexo. São Paulo. 2019.

Sexo/Dtrat meses	ABT		TTO		Total	
	N	Dtrat	N	Dtrat	N	Dtrat
Mulheres	37	4,9	27	10,2	64	7,2
Homens	12	10,1	10	9,5	22	9,8
Total Geral	49	6,2	37	10	86	7,8

Sexo/ MTEPa	ABT		TTO		Total	
	N	MTEPa	N	MTEPa	N	MTEPa
Mulheres	37	9,9	27	14,9	64	12
Homens	12	9	10	14,5	22	11,5
Total Geral	49	9,7	37	14,8	86	11,9

Sexo/ MQTTPa	ABT		TTO		Total	
	N	MQTTPa	N	MQTTPa	N	MQTTPa
Mulheres	37	6,2	27	11,2	64	8,3
Homens	12	6,8	10	4,8	22	5,9
Total geral	49	6,3	37	9,5	86	7,7

Legenda: N= número de observações. Dtrat Duração do tratamento. MTEP = Média do Tempo com Excesso de Peso em anos. MQTTPa= Média de quanto "tempo tentando perder peso em anos". ABT= abandono de tratamento. TTO= tratamento.

No que tange às razões que levaram o indivíduo a procurar o tratamento (Tabela 5), o principal motivo apontado pelos dois grupos, foi o referente à saúde (78%), seguido de razões estéticas (38,4%).

Tabela 5 - Motivos da procura por tratamento, segundo os grupos abandono e tratamento. São Paulo, 2019.

Motivos da procura de tratamento	ABT		TTO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Razões de saúde	26	53,1	21	56,8	47	54,7
Razões estéticas, razões de saúde	10	20,4	6	16,2	16	18,6
Razões estéticas	9	18,4	5	13,5	14	16,3
Razões estéticas, razões de saúde, família incentivou	-	0,0	3	8,1	3	3,5
Minha família me incentivou a procurar	3	6,1	-	0,0	3	3,5
Meus amigos fizeram e ficaram muito bem	1	2,0	1	2,7	2	2,3
Razões de saúde, melhorar meu desempenho esportivo	-	0,0	1	2,7	1	1,2
Total Geral	49	100,0	37	100,0	86	100,0

Legenda: ABT= abandono de tratamento. TTO= tratamento.

Na Tabela 6 podem-se observar os motivos do abandono de tratamento (o participante podia assinalar mais de uma alternativa) e, efetivamente, a principal razão apontada foi a percepção de falta de resultado (81,6% dos participantes), em segundo lugar, indicada por 22 participantes, aparece a dieta difícil de ser seguida e o fato de já estar com a dieta em mãos e acreditar poder segui-la por conta própria, ficou em terceiro lugar com 22,4%.

Tabela 6 - Distribuição absoluta e relativa (%) dos motivos de abandono. São Paulo, 2019.

Motivos do abandono	Freq motivos	Proporção dos participantes (%)
Não estava obtendo resultado	40	81,6
Dieta difícil de ser seguida	22	44,9
Eu já estava com a dieta em mãos e podia seguir por conta própria	11	22,4
Não tinha tempo para cozinhar os alimentos prescritos	10	20,4
Eu não gostava dos alimentos constantes da dieta	9	18,4
Eu achava a dieta monótona	8	16,3
Não gostei do profissional	6	12,2
Não tive condições financeiras	6	12,2
Quantidade de alimentos prescrita muito pequena	3	6,1
Outros	3	6,1
A nutricionista não disse que precisaria retornar	2	4,1
NR	1	2,0
Total de motivos apontados	121	-
Total de participantes	-	49

5.2. A probabilidade de abandono do tratamento

Como mencionado na metodologia, após a análise univariada de cada uma das 18 variáveis originalmente propostas, foi estimado o modelo com as 11 que apresentaram nível de significância de até 20% nas regressões univariadas. O resultado do modelo final probit estimado está demonstrado na Tabela 7, onde se pode inferir que indivíduos recrutados em estabelecimentos de saúde têm uma menor probabilidade de abandono em seus tratamentos ($p < 0,10$). No que tange à escolaridade, quanto maior o nível educacional, maior a probabilidade de abandono do tratamento (coeficiente positivo e $p < 0,05$).

Em relação à utilização de medicamentos, o fato de fazer uso de remédios predispõe a um aumento na probabilidade de abandono (coeficiente positivo e $p < 0,10$).

No que diz respeito ao grau de satisfação com o tratamento, constatou-se uma relação negativa, evidenciando que quanto maior a satisfação com o tratamento menor a probabilidade de abandono ($p < 0,05$). O mesmo resultado foi obtido em relação ao suporte social, coeficiente negativo e estatisticamente significantes ($p < 0,05$). Já com relação à motivação, apesar de também apresentar coeficiente negativo, este não foi estatisticamente diferente de zero ($p > 0,10$).

Os efeitos das variáveis duração do tratamento, IMC, tempo com excesso de peso e tempo tentando perder peso não foram estatisticamente significantes.

Tabela 7 - Coeficientes Estimados segundo o Modelo Probit para a Probabilidade de Abandono de tratamento para perda de peso. São Paulo, 2019.

Variáveis	Coeficiente	Erro padrão	z	P> z	IC (90%)	
ABT						
Estabelecimento de saúde	-1,77802	0,99331	-1,79	0,0730	-3,4119	-0,1442
Superior completo	1,04861	0,43250	2,42	0,0150	0,3372	1,7600
Medicamento	0,78613	0,46050	1,71	0,0880	0,0287	1,5436
Grau de satisfação	-0,26342	0,08745	-3,01	0,0030	-0,4073	-0,1196
Grau de suporte social	-0,19006	0,07127	-2,67	0,0080	-0,3073	-0,0728
Grau de motivação intrínseca e extrínseca	-0,17135	0,11554	-1,48	0,1380	-0,3614	0,0187
Duração do tratamento (meses)	-0,00867	0,02146	-0,4	0,6860	-0,0440	0,0266
IMC	-0,62020	0,47457	-1,31	0,1910	-1,4008	0,1604
IMC ao quadrado	0,00874	0,00723	1,21	0,2270	-0,0031	0,0206
Tempo com excesso de peso (meses)	-0,00092	0,00224	-0,41	0,6810	-0,0046	0,0028
Tempo tentando perder peso (meses)	-0,00295	0,00314	-0,94	0,3490	-0,0081	0,0022
Constante	15,45488	8,04877	1,92	0,0550	2,2158	28,6939
Pseudo R2	43,06%					
LR chi2	50,62					
Prob > chi2	0,0000					
Observações	86					

Legenda: IC(90%) = Intervalo de Confiança de 90%.

Como mencionado, esses resultados do modelo não indicam a magnitude dos efeitos de cada variável independente sobre a probabilidade de abandono do TPP. Para obter esse impacto foi necessário calcular os efeitos marginais, apresentados na Tabela 8. Como se pode observar, para algumas variáveis o efeito sobre a probabilidade é bastante forte, como os casos da origem dos participantes (- 62,2 pp),

o nível de escolaridade (+18,9 pp) e o uso de medicamento (+16,3 pp). Adicionalmente, o impacto dos fatores psicossociais não foi desprezível: i) o aumento de um grau na satisfação com o tratamento reduz a probabilidade de abandono em quase 8 pp; e ii) o aumento de um grau no suporte social reduz a probabilidade em 5,7 pp.

A partir dos coeficientes estimados pelo modelo probit, constatou-se que o indivíduo com as características básicas (recrutado em estabelecimento de ensino, com nível de escolaridade inferior ao superior completo, que não faz uso de medicamentos, com graus médios relativos à satisfação, suporte social, motivação, com tempo médio relativo à duração do tratamento (meses), tempo médio com excesso de peso (meses) e tempo médio tentando perder peso (meses), e ponto médio relativo ao IMC) tinha uma probabilidade de 77,61% de abandonar seu tratamento para perda de peso.

A título ilustrativo, quando se considera indivíduos recrutados em estabelecimentos de saúde (mantidas as demais características do indivíduo base), essa probabilidade se reduz expressivamente para 15,41% (dado o efeito marginal dessa variável). Alterando a condição relativa à escolaridade (para superior completo), para indivíduos recrutados em estabelecimentos de saúde e mantidas as demais características do indivíduo base, a probabilidade se ampliaria para 34,27% ($15,41+18,86$); e se esse indivíduo fizesse uso de medicamento para perda de peso, a probabilidade de abandono do TPP superaria os 50% ($34,27+16,28$).

No que tange ao impacto específico das variáveis psicossociais, satisfação com o tratamento e suporte social, um indivíduo com as características básicas, mas com um ponto a mais no grau de suporte social, do que a média, teria uma probabilidade de abandono menor, de 71,93% ($77,61\%-5,68$) em comparação ao indivíduo base, ao passo que um paciente com um ponto a mais, do que a média, em relação à satisfação com o tratamento a probabilidade seria ainda menor, 69,73% ($77,61\%-7,88$), como se pode verificar na Tabela 9.

Tabela 8 - Efeitos Marginais do Modelo Probit para a Probabilidade de Abandono de Tratamento para Perda de Peso. São Paulo, 2019.²³

Variáveis	Varição da Probabilidade de ABT (pp)
Estabelecimento de saúde	-62,20
Superior completo	18,86
Medicamento	16,28
Grau de satisfação	-7,88
Grau de suporte social	-5,68
Grau de motivação intrínseca e extrínseca	-5,12
Duração do tratamento (meses)	-0,26
IMC	-2,05
Tempo com excesso de peso (meses)	-0,03
Tempo tentando perder peso (meses)	-0,09
Observações	86

Tabela 9 - Probabilidade média de abandono de tratamento para perda de peso segundo características individuais. São Paulo, 2019.²⁴

Características	Probabilidade de ABT (%)
Indivíduo (base): originário de estabelecimento de educação; com escolaridade inferior a superior completo, que não usou medicamentos, com grau de satisfação médio (5,2); grau de suporte social médio (4,3); grau de motivação médio (6,8); tempo (meses) de duração do tratamento médio (7,8); tempo (meses) com excesso de peso médio (142,3); tempo (meses) tentado perder peso médio (92,6) e valor de IMC médio (31,5)	77,61
Se originário de estabelecimento de saúde (e demais variáveis do indivíduo base)	15,41
Se tiver superior completo (e demais variáveis do indivíduo base)	96,46
Se faz uso de medicamento (e demais variáveis do indivíduo base)	93,88
Com grau médio de satisfação de 6,2 (e demais variáveis do indivíduo base)	69,73
Com grau médio de suporte social de 5,3 (e demais variáveis do indivíduo base)	71,93
Observações	86

Estes resultados mostram que as hipóteses propostas nesse trabalho em relação às variáveis psicossociais: suporte social e satisfação com o tratamento foram confirmadas, indicando que elas são importantes para que o paciente persista em seu tratamento para perda de peso, não o abandonando precocemente. O papel da motivação, por outro lado não foi constatado. Adicionalmente, constatou-se que

²³ Para as variáveis contínuas o efeito marginal foi calculado utilizando a derivada, baseado nas informações do indivíduo médio, calculado pelo pacote econométrico Stata.

²⁴ Probabilidade aproximada utilizando os efeitos marginais reportados na tabela 8.

elevado nível de escolaridade e uso de medicamento aumentam a probabilidade de abandonar o TPP, ao passo que os indivíduos que estão relacionados de alguma forma com estabelecimentos de saúde têm baixa probabilidade de abandonar seu TPP.

5.3. Motivos do abandono do tratamento para perda de peso, segundo a percepção dos entrevistados

5.3.1. Características dos TPPs, segundo a percepção dos indivíduos

Foram entrevistadas 12 pessoas sorteadas da amostra original (49 indivíduos). A maioria eram mulheres com idade média de 45,6 anos. Em relação ao tratamento, os entrevistados relataram que não houve retorno para as consultas. Já com relação ao tempo entre os retornos, a maior parte da amostra indicou que eram para ser mensais. Cinco indivíduos afirmaram que houve uma proposta de meta de perda de peso por parte do nutricionista, porém, somente três casos indicaram qual foi a meta.

Já em relação as dietas prescritas, cinco dos entrevistados mencionaram dieta tradicional hipocalórica, três relataram dieta restritiva, outros três indicaram dieta pobre em carboidratos e rica em proteínas e por último uma dieta ovolactovegetariana.

Pode-se caracterizar a amostra, de modo geral, como sendo composta por mulheres jovens e o tratamento percebido como uma prescrição dietética específica (ou seja, restritiva, hipocalórica, pobre em carboidratos, entre outras) sem acompanhamento periódico.

5.3.2. Expectativa de resultados, adaptação ao tratamento e atitude do nutricionista

O estudo do conteúdo das entrevistas resultou em cinco categorias de análise e mostrou temas ligados ao abandono:

As categorias identificadas foram as seguintes:

- “O resultado é muito devagar”,
- “Ah, se ela não tá nem aí, eu também não vou estar...”,
- “Dieta restrita”,
- “Depende de mudar o dia-a-dia”,
- “Difícil acesso aos alimentos por não encontrar ou por custo”.

A categoria “**O resultado é muito devagar**”, diz respeito aos resultados almeçados de perda de peso.

A não percepção da perda de peso é um forte elemento citado pelos entrevistados como desencadeador do abandono. Essa percepção leva à descrença no tratamento, o que pode induzir o desânimo e, ainda, desencadear um quadro de ansiedade.

Os excertos a seguir ilustram o tratamento devagar:

“...e também por não ver o resultado progredindo tanto quanto eu queria, [como também a] nutricionista queria. Isso aí deixa você um pouco a não acreditar muito no tratamento. Até, eu não digo, nem na profissional, mas em você mesma, seguindo aquele tratamento. Não está dando muito certo, não está perdendo peso, não está perdendo medidas, as gorduras continuam da mesma espessura... você vai ficando um pouco desanimada...” (MG)

“...foi muito devagar o resultado. Então... isso me deixava mais ansiosa do que tranquila...Demorou muito e eu fiquei um pouquinho chateada por conta da demora do resultado...” (MA)

“...eu não sei se é de mim mesmo...mas tem hora que me desanima. Eu desanimo muito rápido nessa parte. Não sei se é porque eu gosto de comer mesmo. Eu gosto de comer...” (LV)

Na categoria “**Ah, se ela não tá nem aí, eu também não vou estar...**”, se refere à atitude do nutricionista com relação ao paciente e ao tratamento. Sugere visivelmente que a postura do profissional pode influenciar a satisfação e permanência do indivíduo no TPP.

Esses aspectos podem ser percebidos nos depoimentos a seguir:

“...Sobre a profissional, o conhecimento eu acho até que ela tem, mas a conduta eu achei um pouco relacionada a um padrão, então eu achei que tinha pouca inclusão da minha individualidade. Então é meio como se fosse uma receita pronta, uma dieta pronta...” (CA)

“...na consulta eu senti que eu, como paciente, ela do outro lado da mesa de lá, eu era mais uma, ela está procurando quantidade. Como profissional, quantidade, nenhum envolvimento, de compartilhamento, de sentimento; faz as perguntas de praxe, que tem que se fazer para me conhecer, mede lá, com aquele aparelhinho, as gorduras; pesa, aquelas coisas todas, que todas fazem, que tem que fazer; pelo menos para saber o quanto eu peso. Agora, envolvimento, sentimentos que tem que ter, que tem que ter o humano, que eu acho que é o primordial, isso não teve, então foi o que eu senti, que para mim eu era apenas mais uma paciente...” (OB)

*“...ela não acolheu o emagrecimento que eu tive, com a felicidade que eu tive de ter emagrecido. Eu sei que o emagrecimento é meu, que o problema era meu, mas a forma do comportamento dela [me levou a pensar]: ”Ah, se ela não está nem aí, eu também não vou estar...”
Então me desanimou bastante...” (MC)*

“...Não senti conexão com ela, não senti nela alguém que estava ali para me ajudar, me estimular, senti muita frieza, não senti motivação, então não fez sentido para mim, eu não voltei mesmo com ela...” (FA)

No que tange à categoria “**Dieta restrita**”, verificou-se a importância do plano alimentar, ou dieta, prescritos, independente da denominação. Percebe-se que a alimentação que é indicada ao indivíduo é também fator preponderante para a permanência no tratamento.

Em algumas falas também se percebe a restrição quantitativa como algo que desestimula a persistência no tratamento. Justificam essa decisão com a preocupação com seu próprio bem-estar e risco de “inanição”, alegando também efeitos psíquicos como irritação e tristeza. Mencionam ainda que a dificuldade em seguir a redução de quantidade nas refeições preconizada gera condições psíquicas desfavoráveis, como sensação de fracasso e incapacidade, mais um elemento a favorecer o abandono do tratamento.

Esses aspectos foram extraídos de depoimentos como os apresentados a seguir:

“...A própria dieta, eu acho que ela já deixa você um pouco depressiva, um pouco pra baixo, porque como você come pouco, você fica sentindo aquela sensação de fraqueza, fica trêmula, então você fica com medo de ficar doente e começa a passar um monte de coisa na cabeça que você vai enfraquecer, você fica meio que sensibilizada, eu senti isso...” (MG)

“...Eu acho que a palavra dieta, quando você associa dieta, você pensar que é para vida toda, é bastante desestimulante.....””... a gente se compromete até um ponto, então eu acho que eu nunca me comprometi totalmente, comer, e às vezes comer errado, é bom...” (MC)

“... E essa foi a grande verdade, e quando segui minimamente a dieta dela eu sentia fome, além de sentir fome, acho que por ser bem restritiva, eliminar tudo que era de origem animal, eu também sentia vontade de comer algumas coisas, que privou bastante. Então, não sei, acho que eu tive bastante dificuldade de seguir mesmo. Então foi um sentimento meio de frustração mesmo...” (FA)

“...me restringiu demais, e não dava vontade de você sair com as colegas para se divertir, para ir em uma balada, em algum lugar, por conta disso, limita muito você, você se sente presa a uma situação, de que você tem que dar conta daquela situação, de uma forma diferente, você tem que chegar a um resultado, é como se ti pagasse uma missão e falasse assim: “Você tem que conseguir, se você não conseguir, não voltar com o resultado; você está condenada!...” (MG)

Com a outra categoria que surgiu, intitulada “**Depende de mudar o dia-a-dia**”, verificou-se as dificuldades que as pessoas enfrentam para mudar seus hábitos e rotina diários.

Os trechos a seguir demonstram isso:

“...A minha falta de tempo, acho que falta de vontade de seguir, também, a falta de tempo e a dieta muito restrita a vegetais, legumes e proteínas, e aí me deixava muito irritada, a falta de carboidrato, muito líquido, eu não estava acostumada...” (CB)

“...Eu creio que é difícil só com comida... Depende também de mudar a rotina do dia a dia...” (FA)

“... Eu não tenho muito tempo, mesmo, de vida sobrando para ficar correndo atrás de várias coisas. Então, foi difícil manter essa dieta...” (FA)

E finalmente os depoimentos centraram-se nas dificuldades para adquirir os alimentos preconizados, tanto pelo custo como pelas próprias características específicas. Esta ideia está na categoria **“Difícil acesso aos alimentos por não encontrar ou por custo”** como se pode perceber pelas falas transcritas a seguir:

“...e por ter muita restrição a alimentos de origem não animal, tinha muitos itens, que eu posso dizer, de difícil acesso, [o que não é] fácil de comprar. E também demandava de muita coisa fresca, muita coisa da feira mesmo e tudo mais, que no dia a dia a gente sabe que é mais difícil [de encontrar]...” (FA)

“...Dificuldade de encontrar os alimentos fora de casa. Nos locais que acabo indo, acabo não encontrando o alimento. E acabo comendo alguma coisa em lanchonete e aí fura. Sai fora dos alimentos permitidos...”

Me lembro da dificuldade em achar fora do lar, um local que tenha esse alimento disponível [para eu comprar]....” (FA)

“...devido ao custo da dieta eu acabei...abandonando... A primeira razão do abandono foi o custo, e também a dificuldade de encontrar os alimentos que ele estava prescrevendo na dieta...” (LK)

Diante de tal análise pode-se inferir que a frustração quanto a expectativa de resultados imediatos e as dificuldades para se adequar ao TPP são aspectos que mostraram influência sobre o grau de persistência em um tratamento. Neste aspecto, o papel do profissional é fundamental, atentando-se para a escolha dos alimentos a serem recomendados, tanto em termos de custos, como de suas especificidades, para o respeito aos hábitos do indivíduo e para a privação indireta ao convívio social.

Em resumo, as condições que podem levar ao abandono estão fortemente referenciadas pelo próprio tratamento dietético, onde a frustração relativa aos resultados tem grande apelo, assim como a postura do profissional.

6. DISCUSSÃO

6.1. Características da população de estudo e a probabilidade de abandono a TPP

A obesidade é uma DCNT que vem se expandindo no mundo de modo sustentado. As formas de combatê-la, como já descrito neste trabalho, envolvem mudanças comportamentais difíceis em uma época em que o estilo de vida apoia-se em diversas facilidades desde a oferta abundante e variada de alimentos processados e prontos para consumo, até o acesso a equipamentos que poupam as pessoas de movimentar-se e de gastos energéticos.

A comensalidade contemporânea caracteriza-se pela escassez de tempo tanto para o preparo quanto para o consumo de alimentos, pela presença de novos produtos que agregam tempo e trabalho e pela variedade de itens alimentares (Poulain, 2004; Garcia, 2003). Tais fatores somados à escassez de tempo remetem o indivíduo à tarefa de decidir o que ingerir em um cenário da modernidade pós-industrial, onde várias matrizes orientam suas escolhas, como o hedonismo ou a disciplina (Reichembach, 2004).

Estudo de Barreto e Cyrillo (2001), cujo objetivo foi analisar a evolução das estruturas de consumo alimentar da população da cidade de São Paulo, observaram que para todas as classes de renda familiar, nos anos de 1990 a 1996, observou-se um aumento relativo nos dispêndios com os produtos industrializados e uma clara redução na percentagem gasta com os itens minimamente processados e in natura. Situação que se acentuou nos anos posteriores e perdura até hoje, em decorrência em certa medida da pressão da publicidade da indústria alimentícia (Silva et al, 1998²⁵ apud Barreto et al 2001; Sawaya et al, 2013). De acordo com os resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (2017/18), por exemplo, foi constatada a queda dos gastos com cereais e leguminosas de 10,4% para 5,0% (POF 2002/2003) e o aumento da participação dos alimentos preparados de 2,3% (POF 2002/2003) para

²⁵ SILVA MV. Mudanças dos hábitos alimentares da população brasileira. *Aliment Nutr.* v. 71, p. 40-49. 1998.

3,4% (POF 2017/2018), bem como o aumento de 8,7pp (24,1% - POF 2002/2003 para 32,8% - POF 2017/2018), nas despesas com alimentos fora do domicílio.

Tudo isso pode levar às inadequações alimentares e, com isso, o aumento dos casos de distúrbios de peso.

Neste cenário, muitas pessoas com excesso de peso buscam tratamentos para redução de suas massas corpóreas para, assim, alcançar uma constituição física magra, como a mídia propaga como ideal de beleza e saúde. Todavia, o sucesso de tais programas, normalmente prescritos e monitorados por nutricionistas, não é suficientemente frequente para impedir o alastramento de tal epidemia, existindo inúmeros estudos discutindo o problema da falta de adesão e mesmo abandono de tais tratamentos (Reiners et al, 2008; Guimarães et al, 2010; Duncan et al, 2012; Brasil. Ministério da Saúde, VIGITEL, 2016; Gregory et al, 2009; Costa et al, 2016; Monteiro, 2000; Munhoz et al, 2017; Gonçalves et al, 2015; Callejon et al, 2008; Koehnlein et al, 2008; Machado et al, 2011; Stubbs et al, 2011; Stubbs et al, 2013; Vivas et al, 2013, Varkevisser, et al 2019; Amorim et al, 2016; Taglietti et al, 2018; Dalle Grave et al, 2009; Atlantis et al, 2019; Oliveira APSV et a, 2014).

Neste contexto a presente pesquisa se propôs a investigar características psicossociais, socioeconômicas, demográficas e clínicas que podem influenciar a probabilidade de um indivíduo com excesso de peso a abandonar seu tratamento. Constatou que as pessoas tendem a ficar com excesso de peso por longos períodos. Na média, os participantes, da pesquisa, estavam há cerca de 12 anos nessa condição, sendo que o tempo daqueles que se mantinham no tratamento era bem maior do que o daqueles que o tinham abandonado (15 anos contra 9,7 anos), assim como para o tempo tentando perder peso. O prolongamento da manutenção de excesso de peso parece ser um fator a desincentivar a desistência do TPP. A esse respeito, o estudo de Taglietti et al, 2018, argumenta que a obesidade ou o sobrepeso, geralmente, acompanham o indivíduo há algum tempo, e que este fato somado ao tipo de experiências de tratamentos anteriores pode determinar o sucesso da terapêutica.

No que diz respeito ao sexo, as mulheres se encontram tentando perder peso há mais tempo que os homens, tal achado pode ser explicado pelo fato do sexo masculino ter uma maior facilidade para perda de peso, devido à sua composição

corporal, onde há uma maior quantidade de tecido muscular²⁶, diferentemente do público feminino, onde a maior constituição corpórea é de tecido adiposo (Leitão et al, 2000), devido a isso a mulher tende a possuir uma taxa metabólica²⁷ menor que o homem e com isto pode apresentar ganho de peso mais facilmente (Sarmiento, 2008²⁸ apud Crozeta et al, 2009), sendo assim o tempo em que se mantêm tentando perder peso pode ser maior. Estudo de revisão, desenvolvido no Reino Unido, por Robertson et al (2014), com o objetivo de investigar a eficácia clínica e o custo-efetividade sobre intervenções para o tratamento da obesidade em homens e mulheres, enfatizou que em programas de perda de peso os homens perdem massa adiposa mais rápido que as mulheres.

No que se refere à duração do tratamento, indivíduos que estavam se tratando apresentaram uma persistência maior nos mesmos, ou seja, permaneceram por mais tempo que os que abandonaram, em outras palavras, os sujeitos que pararam suas terapêuticas tiveram um tempo menor em seus tratamentos, tal fato pode estar associado à satisfação com o mesmo, pois quanto maior o grau de satisfação, maior poderá ser o prolongamento do TPP, dado, este, que será discutido mais adiante. Esta circunstância pode nos levar à reflexão de que o tempo em que as pessoas permanecem em seus tratamentos também pode ser fator protetor do abandono, quanto maior o tempo em que os indivíduos ficam em seus tratamentos menos o abandonam. Nessa direção, localizou-se o estudo de coorte retrospectivo de Viana et al (2013), que investigou os fatores determinantes de perda de peso em adultos submetidos a intervenções dietoterápicas. Constatou-se que os pacientes que perderam mais peso (> ou = 5%) foram aqueles que tinham acompanhamento regular (maior número e menor intervalo entre as consultas).

O índice de massa corporal (IMC) apresentou-se alto nos dois grupos (Obesidade Grau I), porém, no grupo dos indivíduos que permaneceram em seus tratamentos, o IMC era ligeiramente mais elevado, neste quesito cabe citar estudo

²⁶ Tecido metabolicamente ativo, o qual consome altas quantidades de energia. Quanto maior for a quantidade de massa muscular de um indivíduo, maior será seu gasto energético (Baechle et al, 2013).

²⁷ Quantidade de energia gasta em um determinado período de tempo. (Baechle et al, 2013; Khan Academy) (Disponível em: <https://pt.khanacademy.org/science/biology/principles-of-physiology/metabolism-and-thermoregulation/a/metabolic-rate>. Acessado em 16 de março de 2020).

²⁸ Sarmiento A. A mulher: Saúde & Qualidade de Vida – Mulheres. RG Nutri Identidade em Nutrição. 2008.

australiano, de caso controle, de Atlantis et al (2019), que encontrou uma relação inversa entre IMC e abandono de um serviço multidisciplinar especializado em obesidade. Por outro lado, resultados contrários foram evidenciados em pesquisa observacional longitudinal desenvolvida por Dalle Grave et al (2009), o qual teve por objetivo analisar o papel dos fatores psicossociais associados à perda de peso. Esse estudo constatou que quanto maior o IMC maior a probabilidade de abandono.

No que diz respeito à utilização de medicamentos, verificou-se uma associação direta, uso de medicamento e maior probabilidade de abandono do tratamento, sugerindo que o paciente interpreta que o uso do medicamento pode dispensá-lo das demais prescrições do tratamento. Nessa lógica citamos novamente o estudo de coorte retrospectivo de Viana et al (2013), o qual concluiu que os pacientes que perderam mais peso (> ou = 5%) foram aqueles que tiveram menor utilização de medicamentos.

No que se refere a escolaridade indivíduos com maior nível de escolaridade apresentaram maior probabilidade de abandono do tratamento. Tal resultado se mostrou inverso ao de alguns estudos, que investigaram a adesão a outros tipos de tratamento. Estudo conduzido por Veras et al (2009), que avaliou a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, concluiu que indivíduos com baixo nível de escolaridade podem ter dificuldades em compreender as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, não aderir ao tratamento. Segundo Vigitel (2010), quanto maior o nível de escolaridade menor a obesidade, mas tal estudo não avaliou o abandono a um tratamento para perda de peso. Já estudo retrospectivo longitudinal de Bueno et al (2011), cujo objetivo foi avaliar a adesão de indivíduos com excesso de peso a um programa de educação alimentar, descobriu que os participantes que permaneceram até o final dos acompanhamentos eram os que tinham menor escolaridade. Tais achados também corroboram com estudo de caso controle desenhado por Abo Ali et al (2016), cujo objetivo foi estudar os fatores que influenciam a não adesão aos regimes alimentares entre adultos obesos em Tanta, Egito. Segundo sua pesquisa quanto maior a escolaridade mais propensos a abandonar seus TPPs.

Existem possíveis explicações para tal resultado, indivíduos com maior nível intelectual podem sentir que não precisam seguir com acompanhamento periódico de um profissional, por acharem que podem dar conta sozinhos de seus tratamentos,

acreditam estar aptos a seguirem por conta própria suas mudanças alimentares, o que os leva a achar que não precisam mais retornar aos seus tratamentos. Nesta perspectiva, cabe ressaltar que segundo Lamas et al (2017), só o conhecimento não é suficiente para a permanência no tratamento (Lamas et al, 2017), tal resultado é corroborado com o terceiro principal motivo de abandono apresentado pelos participantes. Um outro fator que vem ao encontro deste resultado, é a classe socioeconômica destes indivíduos, a mesma também é superior, ou seja, as pessoas que abandonaram possuem, além de nível de escolaridade, nível socioeconômico superior aos que permanecem em seus tratamentos, e talvez pelo fato de possuírem maior condição econômica acreditem que os gastos com um tratamento para perda de peso sejam desnecessários, uma vez que em suas percepções podem seguir sozinhos suas mudanças alimentares e comportamentais.

Com relação às razões de procura por tratamento, o principal motivo foi de fato a saúde, tal resultado pode se explicar pela intensa divulgação na mídia e nas redes sociais dos problemas de saúde associados à obesidade (Koehnlein et al 2008; Ministério da Saúde, VIGITEL, 2016), como também pelos desconfortos gerados pelo excesso de peso para o indivíduo. A preocupação com a saúde também pode ser identificada pela menor probabilidade de abandono justamente do grupo que foi recrutado nos estabelecimentos de saúde.

Já entre os fatores que instigaram o abandono, a falta de resultados foi o principal motivo apontado, e a dieta difícil de seguir, como segundo mais importante. De fato, se o indivíduo não consegue realizar as mudanças necessárias para a perda de peso, em função de um plano alimentar complexo segundo sua percepção, os resultados não surgirão, causando desânimo e frustração, levando ao abandono.

A falta de resultados e a dieta difícil de seguir levam a uma insatisfação com o tratamento, que pode se agravar em função de uma abordagem menos acolhedora por parte do profissional, desestimulando a persistência em seguir o protocolo prescrito (gêneros selecionados, forma de preparo, acesso e custo), e a assiduidade às consultas, contribuindo para o abandono. Neste sentido vários autores apontam para esta direção, pontuando a importância desde a satisfação com o plano alimentar prescrito (James et al, 2018) até a conduta e o tipo de abordagem do nutricionista (Taglietti et al, 2018; Oliveira TRPR et al, 2014; Amorim et al, 2016; Bueno et al, 2011; Gonçalves et al, 2015; Montesi et al, 2016).

No que se refere à abordagem do nutricionista, para Moutsiana et al (2013), o modo como se passa a informação é algo importante, e influi de forma direta no sucesso ou não da terapêutica, pois advertir de forma a enaltecer possíveis complicações de saúde, baseada no medo, tem um impacto limitado, pois a tendência de todo ser é de resistir as advertências, as pessoas tendem a se fechar e tentam eliminar sensações negativas. Estratégias positivas ao invés de ameaças podem ser a melhor solução.

De fato, a baixa satisfação aumenta a probabilidade de abandono do tratamento dietoterápico para perda de peso, o que poderá ocasionar pioras físicas e mentais dos pacientes. A esse respeito o estudo de Oliveira e Pereira et al (2014), cujo tema foi analisar a satisfação quanto ao atendimento de pacientes que procuraram a Clínica de Nutrição da PUC de Minas Gerais, enfatizou que a satisfação com um serviço de saúde se faz em relação ao sistema de saúde em geral e no que concerne à satisfação com o atendimento recebido e/ou com o resultado obtido, determinando a eficácia da terapêutica e impactando diretamente na decisão de permanência ou não do paciente no tratamento (Lemme et al 1991; Oliveira TRPR et al, 2014).

Em relação às questões de ordem mental a insatisfação com o tratamento, pode ser reflexo de uma dissonância cognitiva (MCLeod, 2018; Tinoco et al, 2011), quando o indivíduo, embora saiba que o adequado para atingir seu objetivo é seguir as prescrições do tratamento, transgride as orientações e desculpa-se atribuindo o insucesso do tratamento à qualidade do mesmo. Este raciocínio aplica-se ao observado no presente estudo onde a dieta difícil (insatisfação com o tratamento) apareceu ao lado da falta de resultados (insucesso) como motivos para o abandono do TPP.

Outro aspecto que merece destaque refere-se ao fato de que uma parcela importante da população do estudo possui alto nível educacional e socioeconômico, e como tal, possuem expectativas bem definidas para suas demandas, procurando serviços onde exista uma relação horizontal com o profissional de saúde, com diálogo e troca de informações, não aceitando orientações genéricas (Boog, 2017), ao mesmo tempo aumentando o desconforto mental entre saber o certo e a incapacidade de o colocar em prática, aumentando a probabilidade de abandono, como constatado nesse estudo.

No que diz respeito ao suporte social, vários são os estudos que identificaram a importância do suporte social para a continuidade de tratamentos (Niquini et al, 2012; Pimenta et al, 2016; Shields 2009; Silva et al, 2018; Soares et al, 2017; Montesi et al, 2016). O acolhimento percebido, tanto pelo grupo familiar ou de amigos, quanto pelo próprio profissional de saúde, leva o indivíduo a ter uma maior segurança e força para continuar seguindo seu objetivo de tratamento. Famílias que aderem às mudanças propostas necessárias para a perda de peso e estimulam seus membros são um fator incentivador, um preditor positivo para a perda de peso (Varkevisser et al, 2019; Bueno et al, 2011; Oliveira APSV et al, 2014).

Em relação às motivações, a força que leva o paciente a permanecer em seu tratamento tem uma importância para a continuidade do mesmo, mas somente esta força de vontade não é suficiente (Varkevisser et al, 2019; Taglietti et al, 2018). O presente estudo demonstrou que a satisfação com o tratamento e o suporte social são preditores positivos mais fortes, que auxiliam na prevenção do abandono de TPP (Varkevisser et al, 2019), tanto na perseverança em permanecer assíduo às consultas, quanto pela continuidade das mudanças alimentares e comportamentais.

A probabilidade de abandono, conforme o modelo estimado, é mais baixa entre as pessoas com excesso de peso que estão referenciadas a ambientes de saúde como clínicas e academias. A satisfação com o tratamento e o suporte social também se mostraram como fatores protetores contra o abandono, ao passo que níveis de escolaridade e uso de medicamentos elevaram a probabilidade de abandono do TPP. Variáveis como duração do tratamento, tempo com excesso de peso, tempo tentando perder peso, IMC e motivação não se apresentaram estatisticamente significantes.

Diante deste cenário em que a satisfação com o tratamento é um dos pilares do sucesso do TPP, coube investigar se a percepção de pessoas que abandonaram seus tratamentos converge para essa conclusão.

6.2. Motivos de abandono a tratamento nutricional para perda de peso, segundo a percepção dos indivíduos

Por meio da pesquisa qualitativa, procurou-se dar voz a um grupo de pacientes que não persistiram em seus tratamentos. Seus relatos sobre a trajetória de suas

terapêuticas mostram diversos incômodos, dificuldades, dúvidas, e angústias a que foram submetidos, bem como os anseios e necessidades que foram frustrados e que de algum modo se ligaram à interrupção do TPP à semelhança do encontrado por Seidinger (2014) em seu estudo sobre os significados psicológicos do abandono do tratamento ambulatorial nos transtornos alimentares, de acordo com a visão dos pacientes. Organizando e interpretando o teor dos discursos das pessoas participantes, foi possível identificar as cinco categorias já apresentadas, que podem ser classificadas em dois grandes temas: o das dificuldades para dar seguimento ao tratamento (categorias: “o resultado é muito devagar”, “depende de mudar o dia-a-dia” e “difícil acesso aos alimentos por não encontrar ou por custo”) e as ligadas à atitude do profissional (categorias: “Ah, se ela não tá nem aí, eu também não vou estar” e “dieta restrita”).

As dificuldades para o seguimento dos TPPs são consistentes com os aspectos presentes no ambiente urbano, de uma grande metrópole, que influenciam de forma direta o padrão alimentar das pessoas, onde muitas vezes não sobra tempo para cuidar da saúde, nem da alimentação, onde algumas vezes também o acesso e o preço dos alimentos saudáveis se tornam obstáculos para a aquisição, problemáticas, estas, que serão abordadas ao longo da discussão (Saldiva, 2018; Poulain, 2004; Garcia, 2003; Reichembach, 2004, Barreto et al, 2001; Lindemann et al, 2016).

Um dos fatores que se evidenciou engloba a questão da demora para os resultados, desenhada na categoria: “*O resultado é muito devagar*”. Qualquer TPP pode dar resultado no médio e longo prazo mas exige vontade, dedicação, disciplina e submissão a restrições, em resumo, mudança de comportamento em diversas dimensões. O paciente, todavia, de modo geral, enfrenta uma série de desconfortos ligados ao excesso de peso há algum tempo, como se pode observar nos relatos, como angústias e ansiedades. E, conseqüentemente, anseia um resultado sem grandes sacrifícios (Amorim et al, 2016; Silva et al, 2018; Oliveira APSV et al, 2014; Koehnlein et al 2008; Halali et al, 2018).

Embora a perda de peso seja o resultado desejado para a melhora da condição do indivíduo, o sucesso da terapêutica não pode ser somente pautado nela, na medida em que depende de mudanças comportamentais ligadas à alimentação, à atividade física e ao estilo de vida que precisam ser incorporadas à vida do paciente (Gonçalves et al, 2015; Koehnlein et al 2008; Oliveira APSV et al, 2014).

As pessoas com sobrepeso e obesidade, em geral, buscam um resultado “milagroso” e rápido, não tendo consciência de outros benefícios para a saúde associados a uma alimentação balanceada e a uma vida mais ativa. Nesse contexto acabam por abandonar seus tratamentos antes mesmo de perceberem algum resultado, que por sua vez, poderia ser um gerador de satisfação com o TPP (Estrela et al, 2017; Moraes, 2007; Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2018; Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade, 2017; Fisberg et al, 2005; Guia Alimentar para a População Brasileira, 2014; Oliveira APSV et al, 2014; Niquini et al, 2012). Para Montesi et al (2016), em seu estudo italiano de revisão sobre a manutenção a longo prazo da perda de peso, a satisfação com os resultados e a aliança terapêutica com o nutricionista são fatores primordiais para a adesão ao TPP.

Taglietti et al (2018), implicitamente indicam a falta de resultados como fator para o abandono, ao enfatizar que a reeducação alimentar aliada ao exercício físico é a estratégia mais efetiva para a perda de peso, porém com baixa adesão pois os resultados são obtidos a longo prazo, ou seja, os mesmos se apresentam de forma lenta e gradual. Estudo qualitativo de Oliveira APSV et al (2014) sobre os fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II, também concluiu que a falta de resultados no tratamento leva ao desânimo do paciente e conseqüentemente ao abandono.

Um fator diretamente ligado à vida urbana, e que pode dificultar ou fomentar tal situação seriam os aspectos ligados aos modismos da vida moderna, em uma sociedade lipofóbica, orientada para a busca de um ideal de corpo magro ditado pela moda, em função da pressão social e da publicidade em geral (Berger, 2008; Menucci et al, 2015, Silva et al, 2013; Oliveira APSV et al, 2014).

Outro aspecto da vida urbana e contemporânea seria a precipitação e impaciência para o alcance dos objetivos e/ou resultados, atualmente um extenso número de pessoas das grandes metrópoles alcançam quase tudo que desejam de forma rápida, a tecnologia auxilia nesta conjuntura. Nesta mesma perspectiva as pessoas podem transpor este prisma para resultados em saúde, como a perda de peso (Silva et al, 2013), aumentando a demanda por resultados rápidos.

O papel do profissional também foi citado nas entrevistas, na categoria: “*Ah, se ela não tá nem aí, eu também não vou estar...*”, evidenciando que o tipo de abordagem influi fortemente na satisfação e permanência do indivíduo em seu tratamento. A humanização²⁹ no serviço de saúde, com o desenvolvimento de um atendimento baseado no diálogo, no entendimento e no auxílio às dificuldades do indivíduo, a empatia e a escuta são fundamentais neste processo. O foco deixa de ser a dietoterapia (os nutrientes) e passa a ser os enfrentamentos e anseios (Boog, 2017; Taglietti et al, 2018; Cori et al, 2015; Ribas et al, 2013; Lamas et al, 2017).

Para Palmeira et al (2016), a adesão ao tratamento é um fenômeno complexo e abrange aspectos relacionados ao indivíduo, à terapêutica e ao relacionamento com o profissional e com a família. Enfatizam ainda que atitudes repressivas do nutricionista, através de palavras e gestos impositivos, enfraquecem o vínculo e a confiança do paciente, dificultando a adesão e tornando-se motivo de abandono do tratamento, de modo que o tipo de diálogo desenvolvido se faz muito importante (Moutsiana et al, 2013).

Nesta perspectiva destacamos que a convicção do paciente em seu tratamento tem como primeira instância a confiança no profissional e na sua abordagem, desta forma a certeza e a credibilidade se tornam alicerces para as mudanças necessárias (Ribas et al, 2013).

Nesta direção destacamos o plano alimentar, prescrito na forma de dieta e evidenciado na categoria: “*Dieta restrita*”. Para população do presente estudo, mostrou-se como um empecilho para a estabilidade de seus tratamentos, pois, na visão destes indivíduos as mudanças que seriam necessárias na alimentação foram vistas como: “ser para vida toda”, restritiva no que tange a “alimentos saborosos” e/ou ser demasiadamente restritiva, não ser suficiente para suprir as necessidades fisiológicas, sendo inexecutáveis e privativas no âmbito social, o que os levou a sentimentos de raiva, tristeza e frustração. Efetivamente para se alcançar resultado

29 Humanização: capacidade de oferecer cuidado nutricional de forma integral e qualificada, valorizando o diálogo e a escuta em suficiência na relação profissional-usuário e articulando o conhecimento técnico científico das áreas de alimentação, nutrição e saúde com princípios ético-humanísticos, com aspectos psico socioculturais do ser humano, acolhimento, melhoria do ambiente de cuidado nutricional e das condições de trabalho dos nutricionistas (Demétrio et al, 2011).

satisfatório na perda de peso deve existir algum tipo de restrição de ordem quantitativa e qualitativa, caso contrário, não seria possível reduzir a massa gorda, mas para o indivíduo, a tentativa de emagrecimento se traduz em várias perdas, não apenas alimentares, mas do prazer da comensalidade, da liberdade e do convívio social, tornando-se obstáculo à persistência no tratamento. A perspicácia do profissional neste momento é imprescindível para a continuidade do tratamento (Halali et al, 2018; Oliveira APSV et al, 2014, Vieira et al, 2011, Lamas et al, 2017; Silva et al, 2018; Varkevisser et al, 2019; Estrela et al, 2017).

Halali et al (2018), em seu estudo de corte transversal, com adultos finlandeses sobre os motivadores para a manutenção da perda de peso, evidenciou que as principais barreiras para a perda de peso e sua manutenção são: a redução calórica total, ou seja, as restrições alimentares, o prazer gerado pela ingestão de alimentos, a falta de autodisciplina para controlar o apetite e o histórico de tentativas frustradas de perda de peso. Segundo James et al (2018) a satisfação com o plano alimentar prescrito é preditor positivo de permanência no tratamento, tanto do ponto de vista qualitativo quanto quantitativo.

Para Vieira et al (2011), as restrições alimentares impostas pelo tratamento são consideradas pelos pacientes como castradoras e punitivas, se tornando assim uma fonte de instabilidade emocional o que leva a uma percepção dos alimentos “proibidos” como mais atraentes e irresistíveis. Tal situação justifica a conhecida transgressão das orientações propostas para a perda de peso, contribuindo para o abandono do TPP.

Cabe destacar que vivemos em um ambiente com fácil acesso a alimentos saborosos, ofertados pela indústria, de maneira que abrir mão de tais alimentos saborosos, mas considerados não saudáveis, é uma mudança bastante difícil (Lindemann et al, 2016).

Ribas et al (2013) em seu estudo sobre as representações sociais de pacientes com Diabetes Mellitus explora e evidencia esta questão, concluindo que neste ambiente, um diálogo verdadeiro e aberto entre profissional e paciente contribui para um espaço acolhedor e confortável, onde o paciente sente segurança e liberdade para expor suas dificuldades e fraquezas, e as decisões não sejam unilaterais, surgindo estratégias executáveis. Por outro lado, sem esse diálogo, sem o processo de

conscientização dos benefícios de uma vida mais saudável (que incorpora uma nutrição balanceada), as mudanças alimentares necessárias, geram desconforto e até desespero no paciente, pois muitas vezes, a comida se apresenta como um refúgio, um escape prazeroso das pressões que o indivíduo enfrenta nas situações vividas em seu cotidiano (Lamas et al, 2017).

Neste contexto percebe-se que de fato a restrição na alimentação, imposta pelo tratamento, é algo que dificulta a permanência dos indivíduos no mesmo, mas é muito importante colocar e ressaltar que, nesta população de estudo específica, as dietas foram muito além de uma restrição colocada em um contexto de reeducação alimentar, alguns dos entrevistados foram expostos à dietas específicas, que fogem ao enquadramento de uma alimentação adequada e equilibrada preconizada por exemplo pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (2014), pode-se citar, dietas restritivas quantitativamente, ou que excluem algum grupo alimentar, como por exemplo, pobre em carboidratos e rica em proteínas, entre outras, o que pode ser um fator a gerar ainda mais obstáculos para as mudanças, e consequente permanência no tratamento, pois se desvia do ideal e do habitual. Nesta conjuntura, percebe-se, além de uma intervenção não adequada, devido a todos os malefícios gerados ao organismo destas pessoas, uma maior dificuldade em se adequar ao tratamento, o que por sua vez pode gerar ainda mais traumas e resistências a outros possíveis tratamentos, os quais poderiam ser adequados (Alvarenga e Polacow, et al, 2015; Fisberg, 2005; Guia Alimentar para a População Brasileira, 2014; Taglietti, et al, 2018).

Na categoria “*Depende de mudar o dia-a-dia*”, podemos nos deter aos aspectos ligados ao cotidiano das pessoas, como rotina de trabalho, horários e falta de tempo, distância e locomoção, e que se tornam acentuados pelo ambiente onde as mesmas vivem – uma metrópole. Situações que variam de pessoa para pessoa, mas que podem influir e atrapalhar na implementação das mudanças na alimentação, podendo ser geradoras de dificuldade; mas talvez possamos inferir, que, apesar de agravante, esta situação poderia ser atenuada se outros fatores estivessem de modo a favorecer a conjuntura, como já citado; a própria motivação do paciente, o papel do profissional e seu tipo de abordagem, o suporte social a que esta pessoa tem acesso e a crença e a visão positiva no tratamento e em seus resultados (Lamas et al, 2017; Alvarenga e Vicente Jr, 2015; Oliveira APSV et al, 2014; Halali et al, 2018; Silva et al, 2018; Pimenta et al, 2016; Varkevisser et al, 2019; Shields 2009).

A falta de tempo, aspecto também da vida urbana, alegada por alguns dos entrevistados no presente estudo, também já foi indicada como fator a desestimular a persistência em um tratamento, em várias outras pesquisas (Palmeira et al, 2016; Halali et al, 2018; Amorim et al, 2016; Oliveira APSV et al, 2014; Lindemann et al, 2016; Palmeira et al 2019).

E a quinta e última categoria “*Difícil acesso aos alimentos por não encontrar ou por custo*”, destacamos novamente a questão dos alimentos prescritos, podemos inferir que, algumas vezes, podem se encontrar fora da realidade, tanto financeira, como de acessibilidade, ou seja, no ambiente onde o indivíduo se encontra não existe facilidade para encontrar os alimentos necessários, este fator é muito importante, pois dele se dará a continuidade das recomendações propostas, e a persistência no tratamento. A aquisição e o alcance dos alimentos prescritos é um fator que interfere no estímulo para o seguimento das orientações e não deveria ser um fator que gerasse dificuldade (James et al, 2018; Lopes et al, 2017).

Os preços dos alimentos afetam as escolhas alimentares das pessoas (Ting Lo et al, 2009). Muitos estudos citam o custo da dieta como restrição à sua continuidade (Oliveira APSV et al, 2014; Amorim et al, 2016; James et al, 2018; Koehnlein et al, 2008; Gonçalves et al, 2015; Guimarães et al, 2010; Palmeira et al, 2019), e outros citam que a satisfação com este mesmo custo é fator preditor positivo da persistência no seguimento do plano alimentar prescrito (James et al, 2018).

Prescrever um plano alimentar fora da realidade do paciente é algo fadado ao insucesso, pois diante dos vários obstáculos que a pessoa deverá superar, este não deveria ser mais um. O plano alimentar deve condizer com os costumes do paciente e com suas condições financeiras, bem como pela possibilidade de acesso ao alimento (Marco de Referência em Alimentação e Nutrição, 2012; James et al, 2018; Ribas et al, 2013; Boog, 2017, Lamas et al, 2017).

Diante de tais fatos, depreendemos novamente a importância do atendimento em saúde, horizontal, humanizado, dialógico e inclusivo. E neste contexto, a satisfação com o tratamento, desde o plano alimentar prescrito até a atitude do nutricionista, são fundamentais para a persistência no tratamento nutricional para perda de peso (Montesi et al, 2016; Cori et al, 2015; Alvarenga e Vicente Jr, 2015; Halali et al, 2018; James et al, 2018).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O excesso de peso tem se mostrado como grande desafio para a Saúde Pública no Brasil e no mundo. Ante este cenário, se fazem necessários estudos que identifiquem e demonstrem os fatores de risco que influenciam a probabilidade do abandono de tratamento nutricional para perda de peso, a fim de direcionar estratégias de prevenção eficazes contra tal epidemia.

Os objetivos do presente estudo foram investigar a probabilidade de abandono de TPP e o papel de fatores psicossociais sobre essa probabilidade, e, adicionalmente, examinar a percepção das pessoas sobre os motivos que levam ao abandono. Verificou-se que indivíduos com origem em estabelecimentos de saúde apresentam menor probabilidade de abandonar seu TPP; constatou-se também que os fatores psicossociais como satisfação com o tratamento e suporte social impactam favoravelmente a probabilidade de abandono, ou seja, de persistir no tratamento. Além desses, o nível de escolaridade atuou em sentido contrário, pessoas com nível superior completo ou mais apresentaram maior probabilidade de abandono, assim como, o efeito do uso de medicamentos.

No que tange aos aspectos clínicos do tratamento, duração, tempo com excesso de peso, tempo tentando perder peso e IMC, como também aspectos econômicos e demográficos, não se apresentaram como fatores significantes impactando a probabilidade de abandono do tratamento.

Pela avaliação qualitativa foi reiterada a importância da satisfação com o tratamento para a persistência no mesmo. A expectativa de resultados, a dieta restritiva, a conduta do nutricionista, o custo e o acesso dos alimentos prescritos, bem como, os obstáculos da rotina diária das pessoas, foram todos argumentos indicativos das dificuldades, de pacientes e de nutricionistas, para o enfrentamento do desafio da perda de peso por meio de um tratamento adequado.

Segundo a análise quantitativa, duas das hipóteses do trabalho foram confirmadas: quanto maior a satisfação com o tratamento e o suporte social menor a probabilidade de abandono do mesmo (o efeito da motivação não foi confirmado). Da análise qualitativa confirmou-se a hipótese de que os principais motivos do abandono são a insatisfação com o tratamento, evidenciada pela falta de resultados, e pelas dificuldades para se adequar às restrições alimentares recomendadas, corroborando

com os resultados da análise quantitativa. A hipótese relativa à falta de empatia do nutricionista também foi confirmada.

O estudo, todavia, possui algumas limitações. O total de participantes não alcançou a meta definida (90 pessoas) em virtude da dificuldade em recrutar pessoas dispostas a participar do estudo, bem como a concentração da amostra em indivíduos em estabelecimento de saúde. Por outro lado, como ponto forte deve ser destacado os métodos econométricos aplicados, permitindo uma avaliação da probabilidade de abandono, algo inédito nesse tema de pesquisa, cujos resultados, em alguma medida, foram corroborados pela análise qualitativa.

8. REFERÊNCIAS

ABO ALI, EHAB A, ATLAM SALWA A, GHAREEB WESSAM A. Findings from Tanta University Update Understanding of Obesity (Factors behind nonadherence to diet regimens among obese adults in Tanta, Egypt: a case-control study). **The Journal of the Egyptian Public Health Association**. v.91, n.1, p. 8-14. 2016.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). 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.

ALVARENGA M, KORITAR P. Atitude e comportamento alimentar-determinantes de escolhas e consumo. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timermam F, Antonaccio C. *Nutrição Comportamental*. 1ª edição. São Paulo: Editora Manole. 2015.

ALVARENGA M, POLACOW V, SCAGLIUSI F. Dieta e seus efeitos no comportamento alimentar. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timermam F, Antonaccio C. *Nutrição Comportamental*. 1ª edição. São Paulo: Editora Manole. 2015.

ALVARENGA M, VICENTE JÚNIOR C. Habilidades de comunicação. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timermam F, Antonaccio C. *Nutrição Comportamental*. 1ª edição. São Paulo: Editora Manole. 2015.

ALVARENGA M. Fundamentos teóricos sobre análise e mudança de comportamento. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timermam F, Antonaccio C. *Nutrição Comportamental*. 1ª edição. São Paulo: Editora Manole. 2015.

American Dietetic Association. Identifying patients at risk: ADA's definitions for nutrition screening and nutritional assessment. **J Am Diet Assoc**. v. 94, n.8, p.838-9. 1994.

AMORIM DCA, COUTINHO CM, PALMEIRA CS. Adesão ao tratamento de pessoas com excesso de peso. **Rev enferm UFPE on line**. v.10(Supl. 6), p. 4788-4796. 2016.

ARRUDA NLO, BEZERRA ALQ, TEIXEIRA CC SILVA AEBCS, TOBIAS GC, PARANAGUÁ TTB. Percepção do paciente com a segurança no atendimento em unidade de urgência e emergência. **Rev enferm UFPE on line**. v. 11, n 11, p. 4445-4454. 2017.

ASSIS MAA, NAHAS MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Revista de Nutrição**. v. 12, n. 1, p. 33-41. 1999.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. 2015.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016. ABESO. 4ª edição. São Paulo, SP. 2016.

ATLANTIS E, LIN F, ANANDABASKARAN S, FAHEY P, KORMAS N. A predictive model for non-completion of an intensive specialist obesity service in a public hospital: a case-control study. **BMC Health Services Research**. v. 19, n. 748, p.1-8. 2019.

ATZINGEN MCBC. Sensibilidade gustativa de adultos de uma instituição universitária do município de São Paulo (tese). São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde Pública: Faculdade de Saúde Pública; 2011.

BAECHLE TR, WESTCOTT WL. Treinamento de força para a terceira idade. [recurso eletrônico]; tradução: Ruas CV, Neto ENW, Radaelli R; revisão técnica: Pinto RS. – 2ª edição – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2013.

BARDIN L. Análise de conteúdo. 1ª edição. Lisboa: Edições 70. 2011.

BARRETTO SAJ, CYRILLO DC. Análise da composição dos gastos com alimentação no município de São Paulo (Brasil) na década de 1990. **Revista de Saúde Pública**. v. 35, n. 1, p. 52-59. 2001.

BARSAGLINI RA, CANESQUI AM. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. **Saúde Soc**. v. 19, n. 4, p. 919-932. 2010.

BAUMEISTER R, LEARY MR. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. **Psychological Bulletin**. v. 117, p. 497-529. 1995.

BENJAMIM RM. The Surgeon General's vision for a healthy and fit nation. **Public Health Reports**. n. 125, p. 514-515. 2010.

BERGER M. Corpo e identidade feminina - Parte II - corpo massacrado: os distúrbios alimentares. **Saúde Coletiva**. v. 5, n. 21, p. 94-98. Editorial Bolina. São Paulo, Brasil. 2008.

BETONI F, ZANARDO VPS, CRISTINA CENI GC. Avaliação de utilização de dietas da moda por pacientes de um ambulatório de especialidades em nutrição e suas implicações no metabolismo. **ConScientiae Saúde**. v. 9, n. 3, p. 430-440. 2010.

BOOG MCF. Educação Alimentar e Nutricional. Para além de uma disciplina. In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM. Mudanças Alimentares e Educação Alimentar e Nutricional. 2ª edição, Guanabara Koogan, 2017.

BOOG, MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência e Saúde**. v.1, n.1, p. 33-42. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 212 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília. 2014. 156p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica.- 6. ed. rev.e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015/ Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 114 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2016. (Acessado em 22 de Setembro de 2017). Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel.pdf>

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

BUENO JM, LEAL FS, SAQUY LPL, DOS SANTOS CB, RIBEIRO RPP. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. **Revista de Nutrição**. Campinas. v. 24, n. 4, p. 575-584. 2011.

CALHEIROS MM, PAULINO AP. Construção e determinação das qualidades psicométricas do questionário de suporte social institucional na saúde (QSSIS). **Laboratório de psicologia**. v. 5, n. 1, p. 17-32. 2007.

CALLEJON KS, PATERNEZ ACAC. Adesão ao tratamento nutricional por pacientes atendidos na clínica de nutrição docente-assistencial da Universidade Municipal de São Caetano do Sul. **Revista Brasileira de Ciências da saúde**. v. 3, n. 17. p. 3-8. 2008.

CAMPBELL P, WYNNE-JONES G, DUNN KM. The influence of informal social support on risk and prognosis in spinal pain. A systematic review. **European Journal of Pain**. v. 15, n. 5, p.444.e1-444.e14. 2011.

CANETTI L, BERRY EM, ELIZUR Y. Psychosocial predictors of weight loss and psychological adjustment following bariatric surgery and a weight-loss program: The mediating role of emotional eating. **The International Journal of Eating Disorders**. v. 42, n.2, p.109-117. 2009.

CAPRARA A, RODRIGUES J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.9, n.1, p.139-146. 2004.

CAPRARA A; SILVA FRANCO AL. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**. v.15, n.3, p.647-654. 1999.

CASTIEL LD, DIAZ CAD. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

CASTRO JÚNIOR, PCP. Identificação dos padrões de consumo alimentar associados às doenças cardiovasculares e/ou obesidade no Brasil e no mundo: uma revisão sistemática (dissertação). Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2013.

CAVALCANTE RB, CALIXTO P, PINHEIRO MMK. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc**. v. 24, n. 1, p. 13-18. 2014.

Conselho Federal de Nutricionistas. Perfil da atuação profissional do nutricionista no Brasil. Brasília: CFN; 2006.

CORI GC, PETTY MLB, ALVARENGA MS. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 20, n.2, p. 565-576, 2015.

CORREIA LL, DA SILVEIRA DMI, SILVA AC, CAMPOS JS, MACHADO MMT, ROCHA HAL, DA CUNHA AJLA, LINDSAY AC. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1, p. 133-145. 2011.

CORREIA LP, PINHO MM, MANSO MC. Motivação, percepção do impacto e grau de satisfação com o tratamento ortodôntico. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**. v. 57, n. 4, p. 247-251. 2016.

COSTA ÉSM, HYEDA A. Chronic case management: Clinical governance with cost reductions. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Curitiba, v. 62, n. 3, p. 231-235. 2016.

CROZETA C, DE OLIVEIRA GK. Análise do perfil alimentar de mulheres com sobrepeso, praticantes de treinamento de força em academias de Curitiba-PR. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*. v.3, n.17, p.432-441. 2009.

CUPPARI L. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP – Escola Paulista de Medicina. *Nutrição Clínica no Adulto*. Barueri, SP: Manole. 2005.

DALLE GRAVE R, CALUGI S, CORICA F, DI DOMIZIO S, MARCHESINI G. Psychological variables associated with weight loss in obese patients seeking treatment at medical centers. **Journal of the American Dietetic Association**. v. 109, n. 12, p. 2010-2016. 2009.

DECI EL, RYAN RM. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press. 1985.

DECI EL, RYAN RM. The General Causality Orientations Scale: Self-determination in personality. **Journal of Research in Personality**. n. 19, p. 109-134. 1985.

DEMÉTRIO F, DE PAIVA JB, FRÓES AAG, DE FREITAS MCS, SANTOS LAS. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. **Revista de Nutrição de Campinas**. v.24, n.5, p.743-763. 2011.

DEMINICE R, LAUS MF, MARINS TM, SILVEIRA SDO, JE DUTRA-DE-OLIVEIRA JE. Impacto de um programa de educação alimentar sobre conhecimentos, práticas alimentares e estado nutricional de escolares. **Alimentos e Nutrição Araraquara**. v. 18, n. 1, p. 35-40. 2007.

DREWNOWSKI A, SPECTER SE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. **Am J Clin Nutr**. n. 79, p. 6-16. 2004.

DUARTE YAO. *Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares (tese)*. São Paulo. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. 2001.

DUNCAN BB, CHIR D, AQUINO EM, BENSENOR IM, MILL JG, SCHMIDT MI, LOTUFO PA, VIGO A, BARRETO SM. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**. v. 46 (Supl), p: 126-134. 2012.

ESTRELA KCA, DI CREDDO ALVES AC, GOMES TT, ISOSAKI M. Adesão às orientações nutricionais: uma revisão de literatura. **Demetra**. v.12, n.1, p.249-274. 2017.

FANDIÑO J, BENCHIMOL AK, WALMIR F. COUTINHO WF, APPOLINÁRIO JC. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **R. Psiquiatr**. v. 26, n. 1, p. 47-51. 2004.

FERREIRA VA, MAGALHÃES R. Obesidade e pobreza; o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21, n. 6, p. 1792-1800. 2005.

FIGUEIREDO ICR, JAIME PC, MONTEIRO CA. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. v. 42, n. 5, p. 777-785. 2008.

FISBERG RM, VILLAR BS, COLUCCI ACA, PHILIPPI ST. Alimentação equilibrada na promoção da saúde. In: Cuppari, L. Nutrição Clínica no adulto. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar. Unifesp/Escola Paulista de Medicina. 2ª reimpressão. São Paulo: Editora Manole. 2005.

FOGELMAN Y, VINKER S, LACHTER J, BIDERMAN A, ITZHAK B, KITAI E. Managing obesity: a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. **Int J Obes**. n. 26, p. 1393-1397. 2002.

FONSECA ISS, MOURA SB. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. **Psicologia para a América Latina**. n. 15, 2008. (Acessado em 06 de agosto de 2019). Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000400012&lng=pt&nrm=iso>.

FONSECA MJM, FAERSTEIN E, CHOR D, LOPES CS. Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 38, n. 3, p. 392-398. 2004.

FONTANELLA BJB, RICAS J, TURATO ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24, n.1, p.17-27. 2008.

FOSTER GD. Reasonable weights: determinants, definitions and directions. In: Allison DB, Pi-Sunyer FX (eds). **Obesity Treatment: Establishing Goals, Improving Outcomes, and Reviewing the Research Agenda**. Plenum Publishing Corporation, p. 35–44, New York. 1995.

FRENCH SA, STORY M, D NEUMARK-SZTAINER, FULKERSON JA, HANNAN P. Fast food restaurant use among adolescents: associations with nutrient intake, food choices and behavioral and psychosocial variables. **International Journal of Obesity**. v. 25, p. 1823–1833. 2001.

GARCIA RWD. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**. v. 16, n. 4, p. 483-492. 2003.

GASTAUD MB, NUNES MLT. Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica: em busca de definição. **J Bras Psiquiatr**. v.9, n.3, p.247-254. 2010.

GIGANTE DP, DE MOURA EC, SARDINHA LMV. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**. v. 43(Supl. 2), p. 83-89. 2009.

GOLDSTEIN DJ. Beneficial health effects of modest weight loss. **Int J Obes Relat Metab Disord**. v. 16, n. 6, p. 397-415. 1992.

GONÇALVES ISA, FERREIRA NTMY, REIS PVS, PENA GG. Fatores intervenientes no seguimento do tratamento nutricional para redução de peso em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde do Brasil. **Revista Cuidarte**. v.6, n. 1, p. 914-922. 2015.

GREGORY M, BERLEZE KJ. A influência do acompanhamento nutricional individualizado sobre o estado nutricional dos pacientes frequentadores do ambulatório de nutrição de um centro universitário do interior do rio grande do sul. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. v. 3, n. 15, p. 216-224. 2009.

Guia alimentar de dietas vegetarianas para adultos. Sociedade Brasileira Vegetariana (SVB). São Paulo. Departamento de medicina e nutrição. Sociedade Vegetariana Brasileira. 2012.

GUIMARÃES NG, DUTRA ES, ITO MK, CARVALHO KMB. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. **Revista de Nutrição**. v. 23, n. 3, p. 323-333. 2010.

HALALI F, LAPVETELÄINEN A, KARHUNEN L, SAARELA AM, LAPPALAINEN R, KANTANEN T. Motivators, barriers and strategies of weight management: A cross-sectional study among Finnish adults. **Eating Behaviors**. v. 31, p. 80–87. 2018.

HARRIS JE, GLEASON PM, SHEEAN PM, BOUSHEY C, BETO JA, BRUEMMER B. An introduction to qualitative research for food and nutrition professionals. **J Am Diet Assoc**. v. 109, n. 1, p. 80-90. 2009.

HARTER S. Effectance motivation reconsidered: Toward a developmental model. *Human Development*, v. 1, p. 661-669. 1978.

HEYMSFIELD SB. What is the weight required for substantial health gains? In: Pi-Sunyer FX, Allison DB (eds). **Obesity Treatment: Establishing Goals, Improving Outcomes, and Reviewing the Research Agenda**. Plenum Publishing Corporation, p. 21–27, New York. 1995.

HM (Her Majesty's Government (2010)). **Healthy Lives, Healthy People**. Our strategy for public health in England. London. 2010.

Institute of Medicine. *Weighing the Options: Criteria for Evaluating Weight Management Programmes*. National Academy Press: Washington DC. 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Estudo nacional de despesa familiar, ENDEF*. Rio de Janeiro, 1976. Vasconcelos M. Caracterização geral e principais aspectos metodológicos do ENDEF - Estudo Nacional de Despesas Familiares.

IULIANO BA, MANCUSO AMC, GAMBARDELLA AMD. Educação nutricional em escolas de ensino fundamental do município de Guarulhos-SP. **O mundo da saúde**. v. 33, n. 3, p. 264-272. 2009.

JAMES BL, LOKEN E, ROE LS, MYRISSA K, LAWTON CL, DYE L, ROLLS BJ. Validation of the Diet Satisfaction Questionnaire: a new measure of satisfaction with diets for weight management. **Obesity Science & Practice**. v.4, n.6, p. 506-514. 2018.

JUNIOR WN. Diagnóstico e tratamento dos fatores de risco. **Com Ciência**. n. 109. 2009.

KILANDER HF. Testing health information of students and adults. **J School Health**. v. 71, n. 8, p.411-413. 2001.

KOEHLEIN EA, SALADO GA, YAMADA AN. Adesão à reeducação alimentar para perda de peso: determinantes, resultados e percepção do paciente. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**. v. 23, n. 1, p. 58-65. 2008.

KRISTELLER J, HOERR R. Physicians attitudes toward managing obesity: differences among six specialty groups. **Prev Med**. n. 26, p. 542-549. 1997.

LAMAS I, CADETE MMM. Do desejo à ação: fatores que interferem na abordagem nutricional para mudança de hábito alimentar. **Rev enferm UFPE on line**. v.11, n.6, p. 2432-2444. 2017.

LEITÃO MB, LAZZOLI JK, DE OLIVEIRA MAB, DA NÓBREGA ACL, DA SILVEIRA GC, DE CARVALHO T, FERNANDES EO, LEITE N, AYUB AV, MICHELS G, DRUMMOND FA, MAGNI JRT, CLAYTON MACEDO, DE ROSE EH. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: Atividade Física e Saúde na Mulher. **Rev Bras Med Esporte**. v.6, N.6, p.215-220. 2000.

LEMME AC, NORONHA G, RESENDE JB. A satisfação do usuário em hospital universitário. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v.25, n.1, p. 41-46, 1991.

LEONIDAS C. Redes sociais e apoio social no contexto dos transtornos alimentares (dissertação). Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. 2012.

LEVESQUE CS, WILLIAMS GC, ELLIOT D, PICKERING MA, BODENHAMER B, FINLEY PJ. Validating the theoretical structure of the treatment self-regulation questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors. **Health Education Research**. v. 22, n. 5, p. 691-702. 2007.

LINDEMANN IL, OLIVEIRA RR, MENDOZA-SASSI RA. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 2, n.2, p.599-610. 2016.

LIVHITS M, MERCADO C, YERMILOV I, PARIKH J, DUTSON E, MEHRAN A, GIBBONS M. Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery? **A systematic review. Obesity Reviews**. v.12, p. 142-148. 2011.

LOPES ACS, MENEZES MC, ARAÚJO ML. O ambiente alimentar e o acesso a frutas e hortaliças: “Uma metrópole em perspectiva”. **Saúde Soc**. v.26, n.3, p.764-773, 2017.

LOTTEMBERG AMP. Tratamento Dietético da Obesidade. **Einstein**. n. 1, p. 23-28. 2006.

MACHADO IC, KIRSTEN VR. Adesão ao tratamento nutricional de pacientes adultos atendidos em uma clínica de Santa Maria-RS. **Disc Scientia. Série: Ciências da Saúde. Santa Maria**. v. 12, n. 1, p. 81-91. 2011.

MALTA DC, CEZÁRIO AC, MOURA L, MORAIS NETO OL, SILVA JUNIOR JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol Serv Saúde**. n.15, p. 47-65. 2006.

MANCINI MC, HALPERN A. Tratamento Farmacológico da Obesidade. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v.46, n. 5. 2002.

MANTOVANI CCP, MARTURANO EM, SILVARES EFM. Abandono do atendimento em uma clínica-escola de psicologia infantil: variáveis associadas. **Psicologia em Estudo**. v. 15, n. 3, p. 527-535. 2010.

MANZATO AJ, SANTOS AB. A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa. 2014. (acessado em 20 de Abril de 2018). Disponível em: <http://www.inf.ufsc.br/~verav/Ensino_2012_1/ELABORACAO_QUESTIONARIO_S_PESQUISA_QUANTITATIVA.pdf>.

MARTINS MCC, FILHO MDS, MOURA FS, DE CARVALHO JSR, MÜLLER MC, NEVES RV, MOUSINHO PC, LIMA IP. Uso de drogas antiobesidade entre estudantes universitários. **Rev Assoc Med Bras**. v. 57, n. 5, p.570-576. 2011.

MASLOW AH. A theory of human motivacion. **Psych Rev.** n. 50, p. 370-396. 1943.

MATIAS CT, FIORE EG. Mudanças no comportamento alimentar de estudantes do curso de nutrição em uma instituição particular de ensino superior. **Nutrire.** v. 35, n. 2, p. 53-66. 2010.

MATSUKURA TS, MARTURANO EM, OISHI J. "O questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português". **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** p. 675-681. 2002.

MATTAR FN. Pesquisa de marketing. São Paulo. Ed. Atlas. 1996. 270p.

MAXIMIANO ACA. Teoria Geral da Administração: da revolução urbana a revolução digital. 6º edição. São Paulo: Atlas, 2007.

MCLEOD AS. 2018. Cognitive dissonance. Retrieved from <https://www.simplypsychology.org/cognitive-dissonance.html>

MCMILLAN-PRICE J, BRAND-MILLER J. Dietary Approaches to Overweight and Obesity. **Clin Dermatol.** n. 22, p. 310-314. 2004.

MEIHY JCSB, HOLANDA F. História oral: como fazer, como pensar. 1ª edição. São Paulo: Contexto. 2007.

MELA DJ. Determinants of food choice: relationships with obesity and weight control. **Obesity.** v.9, n.4, p. 249-255. 2001.

MENNUCCI L, ALVARENGA M. Como a subjetividade influencia o comportamento alimentar. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timermam F, Antonaccio C. Nutrição Comportamental. 1ª edição. São Paulo: Editora Manole; p. 215-236. 2015.

MILLER NH, HILL M, KOTTKE T, OCKENE IS. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for health care professionals. **Circulation.** v.95, p.1085-1090. 1997.

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª edição. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO. 1999.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde. Manual de Antropometria. Rio de Janeiro. 2013.

MOLLER AC, RYAN RM, DECI EL. Self-Determination Theory and public policy: improving the quality of consumer decisions without using coercion. **Journal of Public Policy & Marketing**. v. 25, n. 1, p. 104-116. 2006.

MONTEIRO CA, MONDINI L, COSTA RBL. Mudanças na composição e adequação da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1998-1996). **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 3, p. 251-258. 2000.

MONTESI L, GHOCH ME, BRODOSI L, CALUGI S, MARCHESINI G, DALLE GRAVE R. Long-term weight loss maintenance for obesity: a multidisciplinary approach. **Diabetes Metab Syndr Obes**. v. 9, n. 37, p. 37–46. 2016.

MORAES JMM. Porque as pessoas comem o que comem? Comparação das motivações para comer entre dois contextos socioeconômicos díspares do Brasil (dissertação). São Paulo. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. 2017.

MORAES TS. Intervenção Nutricional no Tratamento de Pacientes Obesos. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. São Paulo, v. 1, n. 3, p. 38-46. 2007.

MOUSIANA C, GARRETTA N, CLARKE RC, LOTTO RB, BLAKEMORE SJ, SHAROTA T. Human development of the ability to learn from bad News. **PNAS**. v.110, n.41, p. 16396–16401. 2013.

MUNHOZ MP, OLIVEIRA J, DOS ANJOS JC, GONÇALVES RD, LOPES JF, CELEMI LG. Perfil nutricional e hábitos alimentares de universitários do curso de nutrição. **Revista Saúde UniToledo**. v. 01, n. 02, p. 68-85. 2017.

NAVOLAR TS, TESSER CD, DE AZEVEDO ELAINE. Contribuições para a construção da Nutrição Complementar Integrada. **Revista Interface: Comunicação saúde educação**. v.16, n.41, p.515-527. 2012.

NIQUINI C, NAVARRO F, BESSA F. Fatores associados à adesão e não adesão do tratamento não farmacológico em usuários com obesidade assistidos pelo Programa Saúde da Família, Complexo do Alemão, RJ. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. v. 6, n.31, p.46-57. 2012.

NOGUEIRA TFD, ZAMBON MP. Razões do abandono do tratamento de obesidade por crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**. v. 31, n. 3, p. 338-343. 2013.

OGDEN J, FLANAGAN Z. Beliefs about the causes and solutions to obesity: a comparison of GPs and lay people. **Patient Educ Counsel**. n. 71, p. 72-78. 2008.

OLIVEIRA APSV, SILVA MM. Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. **Revista Psicologia e Saúde**. v. 6, n. 1. p. 74-82. 2014.

OLIVEIRA TRPR; PEREIRA CG. Perfil de pacientes que procuram a clínica de nutrição da PUC- Minas e satisfação quanto ao atendimento. **Percursos Acadêmicos**. v. 4, n. 8. 2014.

PALMEIRA CS, GARRIDO LMM, RESUMO PS. Fatores intervenientes na adesão ao tratamento da obesidade. **Ciencia y Enfermería**. v. 22, n.1, p. 11-22. 2016.

PALMEIRA CS, NOVAIS I, SANTOS VRS, LIMA ML. Aspectos motivacionais do abandono do tratamento de obesidade. **Rev. Enferm. Contemp**. v. 8, n. 2, p. 154-163. 2019.

PEIXOTO MRG, BENÍCIO MHD, JARDIM PCBV. Validade do peso e da altura auto-referidos: o estudo de Goiânia. **Revista de Saúde Pública**. v. 40, n. 6, p. 1065–1072. 2006.

PELLETIER LG, DION SC, SLOVINEC-D'ANGELO MS, REID R. Why Do You Regulate What You Eat? Relationships Between Forms of Regulation, Eating Behaviors, Sustained Dietary Behavior Change, and Psychological Adjustment. **Motivation and Emotion**. v. 28, n. 3, p. 245-277. 2004.

Pesquisa de orçamentos familiares (POF) 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE. 150 p. 2011.

Pesquisa de orçamentos familiares (POF) 2017-2018: primeiros resultados / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

PIMENTA F, BERBARDINO A, ROSAS R, TAPADINHAS A, LEAL I. Satisfação com o suporte social e a perda de peso- Estudo Transversal. **Psychology, Community e Health**. v. 5, n. 2, p. 102-114. 2016.

PINELLI NR, BROWN MB, HERMAN WH, JABER LA. Family support is associated with success in achieving weight loss in a group lifestyle intervention for diabetes prevention in Arab Americans. **Ethnicity & Disease**. v.21, n4, p.480-484. 2011.

Portal da secretaria da Saúde. Saúde e Cidadania. Vigilância em Saúde. Conceito de causa e de fator de risco. 2017. (Acessado em 3 de Novembro de 2017). Disponível em: http://portales.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_07/08_01.html

POULAIN, JP. Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar. Florianópolis: Ed. da UFSC. 2004.

RAMOS M, STEIN LM. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**. v. 76, Supl.3, 2000.

REICHEMBACH MT. A refeição em família: um lugar de encontro entre a história da alimentação e da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. v. 9, n. 2, p. 53-65. 2004.

REINERS AAO, AZEVEDO RCS, VIEIRA MA, ARRUDA AG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência e saúde coletiva**. v. 13, supl.2, p.2299-2305. 2008.

REIS JC. O Sorriso de Hipócrates: A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença. Lisboa: Veja. 1998.

RESOLUÇÃO CFN N° 304/2003. Critérios para prescrição dietética na área de nutrição clínica e outras providências.

RIBAS CRP, DOS SANTOS MA, ZANETTI ACG, ZANETTI ML. Representações sociais de pacientes com Diabetes Mellitus sobre o atendimento por profissionais de saúde. **Psico**. v. 44, n.1, p. 139-149. 2013.

ROBERTSON C, ARCHIBALD D, AVENELL A, DOUGLAS F, HODDINOTT P, TEIJLINGEN EV, BOYERS D, STEWART F, BOACHIE C, FIORATOU E, WILKINS D, STREET T, CARROLL P, FOWLER C. Systematic reviews of and integrated report on the quantitative, qualitative and economic evidence base for the management of obesity in men. **Health technology assessment**. v. 18, n. 35, p.5-171. 2014.

ROCHA D, DEUSDARÁ B. Análise de conteúdo e análise de discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **ALEA**. v. 7, n. 2, p. 305-322. 2005.

RYAN RM, DECI EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. **American Psychologist**. n. 55, p. 68–78. 2000.

SALDIVA P. Vida Urbana e Saúde, os desafios dos habitantes das metrópoles. 1ª edição. Editora Contexto. 2018.

SANTIAGO LAC, DE NÓBREGA FJ. Elaboração de protocolo para atendimento nutricional de crianças obesas ou com sobrepeso. **Journal of Health & Biological Sciences**. v. 3, n. 3, p:151-158. 2015.

SANTOS LAS. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. **Ciência e saúde coletiva**. v. 17, n.2, p. 453-462. 2012.

SAWAYA AL, FILGUEIRAS A. “Abra a felicidade”? Implicações para o vício alimentar. **Estudos Avançados**. v.27, n.78, p.53-70. 2013.

SCHULTE H, CULLEN P, ASSMANN G. Obesity, mortality and cardiovascular disease in the Munster Heart Study (PROCAN). **Atherosclerosis**. n. 144, p. 199-209. 1999.

SEIDINGER FM. Significados psicológicos do abandono do tratamento ambulatorial nos transtornos alimentares na visão dos pacientes: um estudo clínico-qualitativo (dissertação). Campinas. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Jh.2014.

SHIELDS AT. Examination of the obesity epidemic from a behavioral perspective. **International Journal of Behavioral and Consultation Therapy**, v.5, n.1, p.142-158. 2009.

SILVA HA, NOGARO A. A velocidade da vida na modernidade líquida: a ilusão da felicidade consumidora. **Caderno pedagógico**. v. 10, n. 2, p. 155-166. 2013.

SILVA NG, BATISTA JRM, GALDINO MKC, DE BARROS SMM. Suporte familiar e sintomatologia depressiva e ansiosa em mulheres com obesidade. **Interação em psicologia**. v. 22, n. 1, p. 21-30. 2018.

SIQUEIRA MMM. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. **Psicologia em estudo**. v.13, n.2, p. 381-388. 2008.

SNEDECOR, G.W. AND COCHRAN, W.G. Statistical methods. 6ª edição. Ames, Iowa, the Iowa state University. 1967.

SOARES AH, DE OLIVEIRA C, ROCHA TR, CORDOBA GMC, NOBRE JAS. Porque obesos abandonam o planejamento nutricional em uma clínica-escola de nutrição. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. v. 11, n.66, p. 368-375. 2017.

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. 2018. (Acessado em 23 de setembro de 2019). <https://www.endocrino.org.br/plano-alimentar-o-papel-do-nutricionista/>

SOUZA NPP, DE OLIVEIRA MRM. O ambiente como elemento determinante da obesidade. **Rev Simbiologias**. v. 1, n. 1, p. 157-173. 2008.

STUBBS RJ, LAVIN JH. The challenges of implementing behaviour changes that lead to sustained weight management. **Nutrition Bulletin**. n. 38, p. 5-22. 2013.

STUBBS RJ, WHYBROW P, TEIXEIRA J, BLUNDELL C, LAWTON J, WESTENHOEFER D, ENGEL D, SHEPHERD R, MCCONNON A, GILBERT P, RAATS M. Problems in identifying predictors and correlates of weight loss and maintenance: implications for weight control therapies based on behavior change. **Obesity reviews**. n. 12, p. 688-708, 2011.

TAGLIETTI RL, RIEPE SB, MARONEZI TB, TEO CRPA. Tratamento nutricional para redução de peso: aspectos subjetivos do processo. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. v.12. n.69. p.101-109. 2018.

TARDIDO AP, FALCÃO MC. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**. São Paulo, v. 21, n.2, p. 117-124. 2006.

TING LO Y, HUNG CHANG Y, SHYUAN LEE M, WAHLQVIST ML. Health and nutrition economics: diet costs are associated with diet quality. **Asia Pac J Clin Nutr**. v. 18, n. 4, p.598-604. 2009.

TINOCO R, PAIVA I. Intervenção clínica e preventiva nos comportamentos alimentares Um Diálogo entre a Psicologia e as Ciências da Nutrição. *Acta Med Port*. v. 24(S4), p. 741-746. 2011.

TORAL N, SLATER B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência e Saúde Coletiva**. n. 12, p. 1641-1650. 2007.

TORRADO YP, VELASCO AG, GALIOT AH, CAMBRODÓN IG. A strategy for weight loss based on healthy dietary habits and control of emotional response to food. **Nutr Hosp**. v. 31, n. 6, p.2392-9. 2015.

TRUDEAU E, KRISTAL AR, LI S, PATTERSON RE. Demographic and psychosocial predictors of fruit and vegetable intakes differ: implications for dietary interventions. **J Am Diet Assoc**. v. 98, n. 12, p. 1412-1417. 1998.

TURATO ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferença e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**. v. 39, n. 3, p. 507-514. 2005.

TURATO ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humana. 5ª ed. Petrópolis: Editora Vozes. 2011.

ULIAN M, SATO P; ALVARENGA M, SCAGLIUSI F. Aconselhamento nutricional versus prescrição. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timermam F, Antonaccio C. *Nutrição Comportamental*. 1ª edição. São Paulo: Editora Manole. 2015.

VARKEVISSER RDM, VAN STRALEN MM, KROEZE W, KET JCF, STEENHUIS IHM. Determinants of weight loss maintenance: a systematic review **Obesity reviews**. v.20, p.171-211. 2019.

VAZ DSS, BENNEMANN RM. Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. **Revista Uningá**. v.20, n. 1, p. 108-112. 2014.

VELOSO APLR, CUSMANICH K, TAUIL R, MAROTTA A. Protocolo fisioterapêutico aplicado no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica dos portadores de obesidade. **ASMBS E-Poster Abstracts/ Surgery for Obesity and Related Diseases**. n. 13, p. S66-S226. 2017.

VERAS RFS, OLIVEIRA JS. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Rene Fortaleza**. v. 10, n. 3, p. 132-138. 2009.

VERMELHO SC, VELHO APM, BERTONCELLO V. Sobre o conceito de redes sociais e seus pesquisadores. **Educ. Pesqui**. v. 41, n. 4, p. 863-881. 2015.

VIANA LV, DE PAULA TP, LEITÃO CB, AZEVEDO MJ. Fatores determinantes de perda de peso em adultos submetidos a intervenções dietoterápicas. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v.57, n. 9, p. 717-721. 2013.

VICENTE JR C, ALVARENGA M, COSTA AC, FABBRI A. Competências alimentares. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timermam F, Antonaccio C. **Nutrição Comportamental**. 1ª edição. São Paulo: Editora Manole; p. 281-301. 2015.

VICENTE JR C, DUNKER K, TEIXEIRA P, TIMERMAN F, ALVARENGA M. Entrevista motivacional. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timermam F, Antonaccio C. **Nutrição Comportamental**. 1ª edição. São Paulo: Editora Manole; p. 215-236. 2015.

VIEIRA CM, CORDEIRO SN, MAGDALENO JÚNIOR R, TURATO ER. Significados da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão. **Ciência e saúde coletiva**. v. 16, n. 7, p. 3161-3168. 2011.

VIEIRA CM, TURATO ER. Percepções de pacientes sobre alimentação no seu processo de adoecimento crônico por síndrome metabólica: um estudo qualitativo. **Revista de Nutrição**. v. 23, n. 3, p. 425-432. 2010.

VIEIRA P, SILVA M, COUTINHO SR, SANTOS T, SANTOS I, SARDINHA L, TEIXEIRA P. Sucesso na manutenção do peso perdido em Portugal e nos Estados Unidos: Comparação de 2 Registos Nacionais de Controlo do Peso. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, 2012.

Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 132 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

VIVAS EA, PLAZA BL, WEBER TK, LÓPEZ LB, MILLA SP, CATALÁN AL, CANDELA CG. Variables predictoras de baja adherencia a um programa de modificación de estilos de vida para el tratamiento del exceso de peso em atención primaria. **Nutr Hosp.** v. 28, n. 5, p. 1530-1535. 2013.

WILLIAMS GC, GROW VM, FREEDMAN Z, RYAN RM, DECI EL. Motivational predictors of weight-loss and weight-loss maintenance. **Journal of Personality and Social Psychology.** n. 70, p.115-126. 1996.

WING RR, PHELAN S. Long-term weight loss maintenance. **American Journal of Clinical Nutrition.** n. 82(Suppl.), p. 222S–225S, 2005.

WOOLDRIDGE, J.M. Introdução a Econometria. 4ª edição. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

World Health Organization (WHO). Diet, nutrition and prevention of chronic diseases: Report of a Joint WHO/FAO. Expert Consultation. WHO Technical Report Series, nº 894. Geneva, Switzerland: WHO; 2003.

ANEXOS


ANEXO I

**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Declaro estar ciente e de acordo com a realização da pesquisa intitulada "Fatores determinantes do abandono de tratamento nutricional para perda de peso de indivíduos com sobrepeso e obesidade, sob a perspectiva das motivações", sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) Luciana Alves Cangerana Santiago. Declaro conhecer e fazer cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012.

Declaro que esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e do bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados. Declaro, por fim, que esta instituição dispõe da infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

São Paulo, 15 de Janeiro de 2018.



Luis Henrique Falconi
Coronel PM – Superintendente CBPM

ANEXO II



DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente e de acordo com a realização da pesquisa intitulada "Fatores determinantes do abandono de tratamento nutricional para perda de peso de indivíduos com sobrepeso e obesidade, sob a perspectiva das motivações", sob responsabilidade da pesquisadora Luciana Alves Cangerana Santiago. Declaro conhecer e fazer cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012.

Declaro que esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e do bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados. Declaro, por fim, que esta instituição dispõe da infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

São Paulo, 16 de Janeiro de 2018.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Ricardo Burgatti da Silva".

Ricardo Burgatti da Silva
Coordenador Técnico

ANEXO III

**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Declaro estar ciente e de acordo com a realização da pesquisa intitulada "Fatores determinantes do abandono de tratamento nutricional para perda de peso de indivíduos com sobrepeso e obesidade, sob a perspectiva das motivações", sob responsabilidade da pesquisadora Luciana Alves Cangerana Santiago. Declaro conhecer e fazer cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012.

Declaro que esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e do bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados. Declaro, por fim, que esta instituição dispõe da infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

São Paulo, 06 de agosto de 2019.

Décip Moreira
Diretor da FATEC-SP

ANEXO IV

Parte D

Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2015)

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

ANEXO V



Universidade de São Paulo
Faculdade de Ciências Farmacêuticas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

1. Informações do Participante da Pesquisa

Nome:		
Documento de Identidade (tipo):	Nº.:	Sexo: () M () F
Local de Nascimento:	Data de Nascimento: / /	
Endereço:	Nº.:	
Complementos:	Bairro:	
Cidade:	Estado:	
CEP:	Telefones:	

2. Informações do Responsável Legal

Nome:		
Documento de Identidade (tipo):	Nº.:	Sexo: () M () F
Local de Nascimento:	Data de Nascimento: / /	
Endereço:	Nº.:	
Complementos:	Bairro:	
Cidade:	Estado:	
CEP:	Telefones:	

3. Título do Projeto de Pesquisa

Probabilidade do abandono de tratamento nutricional para perda de peso de indivíduos com sobrepeso e obesidade: Uma análise quali-quantitativa.

4. Duração da Pesquisa

1 ano

5. Nome do Pesquisador Responsável

Denise Cavallini Cyrillo		
Cargo/ Função:	Docente e	Nº de registro do Conselho Regional: 08164
Orientadora		

6. Instituição/Instituições

Faculdade de Ciências Farmacêuticas FCFUSP, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade FEAUSP, Faculdade de Saúde Pública FSPUSP.



Universidade de São Paulo
Faculdade de Ciências Farmacêuticas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Pesquisa: “Probabilidade do abandono de tratamento nutricional para perda de peso de indivíduos com sobrepeso e obesidade: Uma análise quali-quantitativa.”

Professora responsável:
Denise Cavallini Cyrillo (PRONUT/FEAUSP)

Pesquisadora Responsável:
Luciana Alves Cangerana Santiago (PRONUT/USP)

O Senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Probabilidade do abandono de tratamento nutricional para perda de peso de indivíduos com sobrepeso e obesidade: Uma análise quali-quantitativa.”, realizada pela Nutricionista e Pesquisadora Luciana Alves Cangerana Santiago sob responsabilidade da Professora Dra. Denise Cavallini Cyrillo, Docente do Departamento de Economia da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP (FEA-USP) e do Programa de Pós-graduação em Nutrição Humana Aplicada.

O objetivo deste estudo é Investigar os fatores que levam ao abandono dos tratamentos para perda de peso. A justificativa para o seu desenvolvimento decorre da necessidade de uma maior compreensão e entendimento dos fatores determinantes do abandono de tratamento nutricional e, conseqüentemente, será possível criar estratégias que minimizem tal problemática.

A pesquisa procederá da seguinte forma, o Sr(a) irá responder a um grupo de perguntas que contemplam suas características socioeconômicas e demográficas, questões relativas às suas motivações no decorrer do tratamento nutricional, e características do protocolo de tratamento a que o Sr(a) foi submetido ou está se submetendo, será aferido seu peso e em seguida receberá seu diagnóstico nutricional e um folheto informativo contendo orientações sobre alimentação saudável.

Não há despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo e também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

O pesquisador se compromete a utilizar todos os dados coletados somente para esta pesquisa, estando à disposição, em qualquer etapa do estudo, para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

É garantido que sua participação nesta pesquisa oferece riscos mínimos, pois se trata de uma abordagem não invasiva, realizada por meio de questionários e coleta de dados antropométricos (peso e altura), não havendo perigo de qualquer dano à sua integridade física. Ainda assim, caso haja algum desconforto, o Sr(a) poderá contar com toda assistência e respaldo do profissional responsável pela pesquisa.

É garantido, ainda, a manutenção de sigilo e de privacidade em todas as fases da pesquisa, para assegurar a confidencialidade e a anonimização de seus dados, os mesmos serão substituídos por códigos.

É direito seu a plena liberdade em participar ou recusar-se a participar da pesquisa, é direito seu também a retirada do consentimento a qualquer momento do estudo, sem qualquer penalização, é garantido, ainda, que o Sr(a) receberá uma via deste termo, assinada e rubricada em todas as páginas por ambos, pesquisador e participante.

O pesquisador responsável é a Profa Dra Denise Cavallini Cyrillo, Docente e Orientadora do Departamento de Economia da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP (FEA-USP) e do Programa de Pós-graduação em Nutrição Humana Aplicada, que pode ser encontrada no telefone: 30930949. O pesquisador colaborador é Luciana Alves Cangerana Santiago, Doutoranda e Nutricionista, que pode ser encontrada no endereço de email: lucianacangerana@usp.br e telefone (11) 989892359.



Universidade de São Paulo
Faculdade de Ciências Farmacêuticas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Consentimento Pós-Esclarecido

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante de Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Para qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre aspectos éticos relativos a este protocolo de pesquisa, favor entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo**: Av. Prof. Lineu Prestes, 580, Bloco 13 A, Butantã, São Paulo, CEP 05508-000, Telefones 3091-3622 e 3091-3677, e-mail: **cepcf@usp.br**.

ANEXO VI



Universidade de São Paulo
Faculdade de Ciências Farmacêuticas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

1. Informações do Participante da Pesquisa

Nome:		
Documento de Identidade (tipo):	Nº.:	Sexo: () M () F
Local de Nascimento:	Data de Nascimento: / /	
Endereço:	Nº.:	
Complementos:	Bairro:	
Cidade:	Estado:	
CEP:	Telefones:	

2. Informações do Responsável Legal

Nome:		
Documento de Identidade (tipo):	Nº.:	Sexo: () M () F
Local de Nascimento:	Data de Nascimento: / /	
Endereço:	Nº.:	
Complementos:	Bairro:	
Cidade:	Estado:	
CEP:	Telefones:	

3. Título do Projeto de Pesquisa

Probabilidade do abandono de tratamento nutricional para perda de peso de indivíduos com sobrepeso e obesidade: Uma análise quali-quantitativa.

4. Duração da Pesquisa

1 ano

5. Nome do Pesquisador Responsável

Denise Cavallini Cyrillo	
Cargo/ Função: Docente e Orientadora	Nº de registro do Conselho Regional: 08164

6. Instituição/Instituições

Faculdade de Ciências Farmacêuticas FCF/USP, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade FEA/USP, Faculdade de Saúde Pública FSP/USP.
--



Universidade de São Paulo
Faculdade de Ciências Farmacêuticas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Pesquisa: “Probabilidade do abandono de tratamento nutricional para perda de peso de indivíduos com sobrepeso e obesidade: Uma análise qualiquantitativa.”

Professora responsável:

Denise Cavallini Cyrillo (PRONUT/FEAUSP)

Pesquisadora Responsável:

Luciana Alves Cangerana Santiago (PRONUT/USP)

O Senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Probabilidade do abandono de tratamento nutricional para perda de peso de indivíduos com sobrepeso e obesidade: Uma análise qualiquantitativa.”, realizada pela Nutricionista e Pesquisadora Luciana Alves Cangerana Santiago sob responsabilidade da Professora Dra. Denise Cavallini Cyrillo, Docente do Departamento de Economia da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP (FEA-USP) e do Programa de Pós-graduação em Nutrição Humana Aplicada.

O objetivo deste estudo é Investigar os fatores que influenciam o abandono dos tratamentos para perda de peso. A justificativa para o seu desenvolvimento decorre da necessidade de uma maior compreensão e entendimento dos fatores determinantes do abandono de tratamento nutricional e, conseqüentemente, será possível criar estratégias que minimizem tal problemática.

A pesquisa procederá da seguinte forma; inicialmente serão feitas questões sobre condições básicas do tratamento para perda de peso ao que o Sr(a) se submeteu (Quantos retornos? Qual o tempo entre os retornos (retornos mensais, quinzenais, semanais)? Houve uma proposta de meta de perda de peso? Qual foi esta meta? Qual o tipo de dieta prescrita?). Em seguida o Sr(a) irá responder a um outro grupo de perguntas também relacionadas ao tratamento. As perguntas estão descritas abaixo:

1. Descreva o último tratamento para perda de peso, com nutricionista, a que você se submeteu.

2. Fale dos seus sentimentos durante o tratamento.

3. Fale do profissional que lhe atendeu, acerca de suas ações, conhecimento e conduta.

4. Fale das razões que o levaram a terminar e/ou abandonar o tratamento para perda de peso.

Nesta segunda etapa suas respostas serão gravadas e sua identidade será mantida em sigilo. Ao final da entrevista o Sr(a) receberá um folheto informativo contendo orientações sobre alimentação saudável.

Não há despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo e também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

O pesquisador se compromete a utilizar todos os dados coletados somente para esta pesquisa, estando à disposição, em qualquer etapa do estudo, para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

É garantido que sua participação nesta pesquisa oferece riscos mínimos, pois se trata de uma abordagem não invasiva, realizada por meio de questionários e coleta de dados antropométricos (peso e altura), não havendo perigo de qualquer dano à sua integridade física. Ainda assim, caso haja algum desconforto, o Sr(a) poderá contar com toda assistência e respaldo do profissional responsável pela pesquisa.

É garantido, ainda, a manutenção de sigilo e de privacidade em todas as fases da pesquisa, para assegurar a confidencialidade e a anonimização de seus dados, os mesmos serão substituídos por códigos.

É direito seu a plena liberdade em participar ou recusar-se a participar da pesquisa, é direito seu também a retirada do consentimento a qualquer momento do estudo, sem qualquer penalização, é garantido, ainda, que o Sr(a) receberá uma via deste termo, assinada e rubricada em todas as páginas por ambos, pesquisador e participante.



Universidade de São Paulo
Faculdade de Ciências Farmacêuticas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O pesquisador responsável é a Profa. Dra. Denise Cavallini Cyrillo, Docente e Orientadora do Departamento de Economia da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP (FEA-USP) e do Programa de Pós-graduação em Nutrição Humana Aplicada, que pode ser encontrada no telefone: 30930949. O pesquisador colaborador é Luciana Alves Cangerana Santiago, Doutoranda e Nutricionista, que pode ser encontrada no endereço de email: lucianacangerana@usp.br e telefone (11) 989892359.

Consentimento Pós-Esclarecido

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

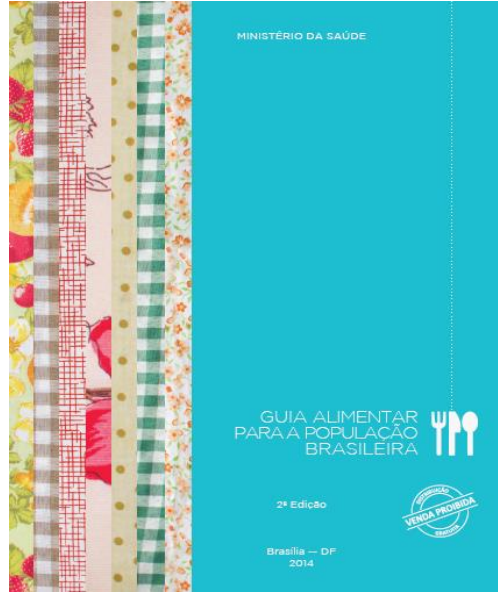
Assinatura do Participante de Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Para qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre aspectos éticos relativos a este protocolo de pesquisa, favor entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo**: Av. Prof. Lineu Prestes, 580, Bloco 13 A, Butantã, São Paulo, CEP 05508-000, Telefones 3091-3622 e 3091-3677, e-mail: **cepcf@usp.br**.

ANEXO VII

Folheto informativo: 10 passos para uma alimentação adequada e saudável do Novo Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014).



GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

1 FAZER DE ALIMENTOS *IN NATURA* OU MINIMAMENTE PROCESSADOS A BASE DA ALIMENTAÇÃO

Em grande variedade e predominantemente de origem vegetal, alimentos *in natura* ou minimamente processados são a base ideal para uma alimentação nutricionalmente balanceada, saborosa, culturalmente apropriada e promotora de um sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável. Variedade significa alimentos de todos os tipos – grãos, raízes, tubérculos, farinhas, legumes, verduras, frutas, castanhas, leite, ovos e carnes – e variedade dentro de cada tipo – feijão, arroz, milho, batata, mandioca, tomate, abóbora, laranja, banana, frango, peixes etc.

2 UTILIZAR ÓLEOS, GORDURAS, SAL E AÇÚCAR EM PEQUENAS QUANTIDADES AO TEMPERAR E COZINHAR ALIMENTOS E CRIAR PREPARAÇÕES CULINÁRIAS

Utilizados com moderação em preparações culinárias com base em alimentos *in natura* ou minimamente processados, óleos, gorduras, sal e açúcar contribuem para diversificar e tornar mais saborosa a alimentação sem torná-la nutricionalmente desbalanceada.

125

GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

comer com regularidade e atenção, combina com ambientes apropriados e amplia o desfrute da alimentação. Compartilhe também as atividades domésticas que antecedem ou sucedem o consumo das refeições.

6 FAZER COMPRAS EM LOCAIS QUE OFERTEM VARIEDADES DE ALIMENTOS *IN NATURA* OU MINIMAMENTE PROCESSADOS

Procure fazer compras de alimentos em mercados, feiras livres e feiras de produtores e outros locais que comercializam variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados. Prefira legumes, verduras e frutas da estação e cultivados localmente. Sempre que possível, adquira alimentos orgânicos e de base agroecológica, de preferência diretamente dos produtores.

7 DESENVOLVER, EXERCITAR E PARTILHAR HABILIDADES CULINÁRIAS

Se você tem habilidades culinárias, procure desenvolvê-las e partilhá-las, principalmente com crianças e jovens, sem distinção de gênero. Se você não tem habilidades culinárias – e isso vale para homens e mulheres –, procure adquiri-las. Para isso, converse com as pessoas que sabem cozinhar, peça receitas a familiares, amigos e colegas, leia livros, consulte a internet, eventualmente faça cursos e... comece a cozinhar!

8 PLANEJAR O USO DO TEMPO PARA DAR À ALIMENTAÇÃO O ESPAÇO QUE ELA MERECER

Planeje as compras de alimentos, organize a despensa doméstica e defina com antecedência o cardápio da semana. Divida com

127

MINISTÉRIO DA SAÚDE

3 LIMITAR O CONSUMO DE ALIMENTOS PROCESSADOS

Os ingredientes e métodos usados na fabricação de alimentos processados - como conservas de legumes, compota de frutas, pães e queijos - alteram de modo desfavorável a composição nutricional dos alimentos dos quais derivam. Em pequenas quantidades, podem ser consumidos como ingredientes de preparações culinárias ou parte de refeições baseadas em alimentos *in natura* ou minimamente processados.

4 EVITAR O CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS

Devido a seus ingredientes, alimentos ultraprocessados - como biscoitos recheados, "salgadinhos de pacote", refrigerantes e "macarrão instantâneo" - são nutricionalmente desbalanceados. Por conta de sua formulação e apresentação, tendem a ser consumidos em excesso e a substituir alimentos *in natura* ou minimamente processados. Suas formas de produção, distribuição, comercialização e consumo afetam de modo desfavorável a cultura, a vida social e o meio ambiente.

5 COMER COM REGULARIDADE E ATENÇÃO, EM AMBIENTES APROPRIADOS E, SEMPRE QUE POSSÍVEL, COM COMPANHIA

Procure fazer suas refeições em horários semelhantes todos os dias e evite "beliscar" nos intervalos entre as refeições. Coma sempre devagar e desfrute o que está comendo, sem se envolver em outra atividade. Procure comer em locais limpos, confortáveis e tranquilos e onde não haja estímulos para o consumo de quantidades limitadas de alimento. Sempre que possível, coma em companhia, com familiares, amigos ou colegas de trabalho ou escola. A companhia nas refeições favorece o

126

MINISTÉRIO DA SAÚDE

os membros de sua família a responsabilidade por todas as atividades domésticas relacionadas ao preparo de refeições. Faça da preparação de refeições e do ato de comer momentos privilegiados de convivência e prazer. Reavalie como você tem usado o seu tempo e identifique quais atividades poderiam ceder espaço para a alimentação.

9 DAR PREFERÊNCIA, QUANDO FORA DE CASA, A LOCAIS QUE SERVEM REFEIÇÕES FEITAS NA HORA

No dia a dia, procure locais que servem refeições feitas na hora e a preço justo. Restaurantes de comida a quilo podem ser boas opções, assim como refeitórios que servem comida caseira em escolas ou no local de trabalho. Evite redes de *fast-food*.

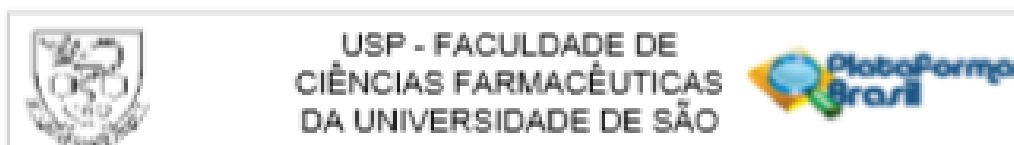
10 SER CRÍTICO QUANTO A INFORMAÇÕES, ORIENTAÇÕES E MENSAGENS SOBRE ALIMENTAÇÃO VEICULADAS EM PROPAGANDAS COMERCIAIS

Lembre-se de que a função essencial da publicidade é aumentar a venda de produtos, e não informar ou, menos ainda, educar as pessoas. Avalie com crítica o que você lê, vê e ouve sobre alimentação em propagandas comerciais e estimule outras pessoas, particularmente crianças e jovens, a fazerem o mesmo.

128

ANEXO VIII

Aprovação CEP



PARECER COM SUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores determinantes do abandono de tratamento nutricional para perda de peso de indivíduos com sobrepeso e obesidade, sob a perspectiva das motivações

Pesquisador: Denise C Cyrilo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82589718.7.0000.0007

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.616.724

Apresentação do Projeto:

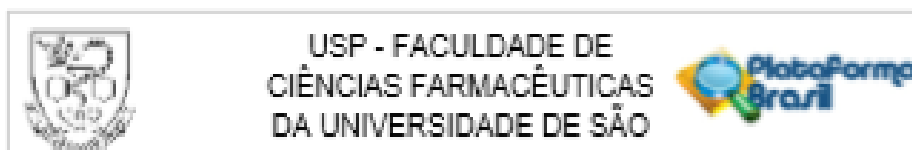
Trata-se de pesquisa referente ao projeto de doutorado de Luciana Alves Gangerena Santiago, orientada pela Profa. Dra. Denise Cyrilo no âmbito do Programa de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição Humana Aplicada. O projeto foca em importante aspecto da obesidade como epidemia que se refere às altas taxas de insucesso no tratamento nutricional, principalmente pela baixa adesão aos programas dietéticos. Esta alta prevalência do abandono ao tratamento está relacionada a um pior controle da enfermidade, acarretando um aumento nas taxas de mortalidade, e consequentemente redução da qualidade de vida dos pacientes e maior gasto para a saúde pública. Trata-se de um estudo transversal qualitativo retrospectivo, com coleta de dados primários, que irá se basear em instrumentos de coleta de dados socioeconômicos, demográficos e questionários elaborados para analisar os determinantes do abandono dos tratamentos para perda de peso. Paralelamente, serão investigadas as características dos protocolos de tratamento sob a perspectiva dos pacientes usando a técnica Análise de Conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar os fatores que determinam o abandono dos tratamentos para perda de peso, com ênfase nos aspectos motivacionais.

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 580, Bloco 13A, sala 112
 Bairro: Butantã CEP: 05.508-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3091-3622 Fax: (11)3091-6986 E-mail: cepf@usp.br



Continuação do Parecer: 2.076.724

Objetivo Secundário:

Desenvolver um instrumento para identificar os fatores que influenciam o abandono do tratamento para perda de peso e o tempo de duração dos mesmos; Desenvolver um indicador de abandono; Descrever as características dos protocolos de tratamento para perda de peso segundo a percepção de pacientes; Explorar a influência do sexo, dos aspectos motivacionais e de características do tratamento (profissional e protocolos) sobre o abandono dos tratamentos para perda de peso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta risco mínimo.

Benefícios:

A maior compreensão dos fatores determinantes do sucesso ou do fracasso dos tratamentos nutricionais e, desta forma, fornecer subsídios aos profissionais responsáveis por estes atendimentos, com o objetivo de reduzir a taxa de abandono dos tratamentos para perda de peso. Sendo, também, que ao compreender tal questão será possível desenvolver estratégias à nível de saúde pública que minimizem tal problemática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A obesidade é certamente um dos principais problemas de saúde pública tanto em países em desenvolvimento com nos desenvolvidos. A pesquisa é interessante e relevante ao procurar trazer luz aos fatores determinantes do abandono do tratamento nutricional para a perda de peso de indivíduos com sobrepeso ou obesos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram ajustadas as indicações do relator e do CEP.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem listas de pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 580, Bloco 13A, sala 112
Cidade: Butantã **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3091-3522 **Fax:** (11)3031-6886 **E-mail:** cep@usp.br



USP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



Contratação do Parceiro: 2.016.724

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PS_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1090565.pdf	13/04/2018 10:45:14		Aceito
Outros	cartarespostaocta130518.pdf	13/04/2018 10:43:07	Ludiana Alves Cangerana	Aceito
Outros	Descricaoequipedd.docx	10/04/2018 10:58:20	Ludiana Alves Cangerana	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEIP090518dd.docx	10/04/2018 10:56:42	Ludiana Alves Cangerana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEquant090518dd.doc	10/04/2018 10:56:00	Ludiana Alves Cangerana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEquant090518dd.doc	10/04/2018 10:55:43	Ludiana Alves Cangerana	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaraocm.pdf	20/01/2018 00:09:47	Ludiana Alves Cangerana Santiago	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaraocod.pdf	20/01/2018 00:21:02	Ludiana Alves Cangerana Santiago	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anunciac.pdf	20/01/2018 00:18:28	Ludiana Alves Cangerana Santiago	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anunciak.pdf	20/01/2018 00:17:13	Ludiana Alves Cangerana Santiago	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anunciadepartamento.pdf	20/01/2018 00:05:39	Ludiana Alves Cangerana Santiago	Aceito
Folha de Rosto	Ffirosto.pdf	19/01/2018 23:44:40	Ludiana Alves Cangerana Santiago	Aceito

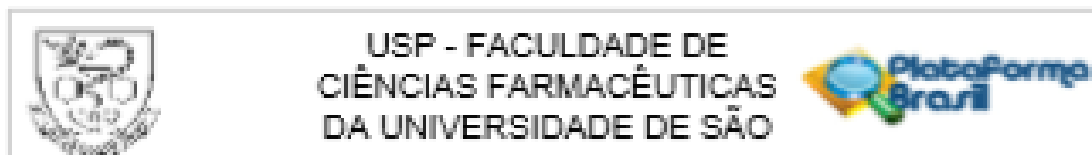
Situação do Parceiro:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 580, Bloco 13A, sala 112
 Bairro: Butantã CEP: 05.508-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3091-3522 Fax: (11)3031-6986 E-mail: ceprf@usp.br



Confirmação do Parecer: 2.016.734

SÃO PAULO, 24 de Abril de 2018

Assinado por:
Cristina Northfleet de Albuquerque
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 593, Bloco 13A, sala 112
Cidade: Buzandá **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3091-3522 **Fax:** (11)3031-6966 **E-mail:** cnpf@usp.br

ANEXO IX

Ficha do aluno atualizada

Janus - Sistema Administrativo da Pós-Graduação



Universidade de São Paulo
Interunidades em Nutrição Humana Aplicada
Documento sem validade oficial
FICHA DO ALUNO

89131 - 9690640/1 - Luciana Alves Cangerana Santiago

Email: lucianacangerana@usp.br
 Data de Nascimento: 12/03/1980
 Cédula de Identidade: RG - 30.280.858-8 - SP
 Local de Nascimento: Estado de São Paulo
 Nacionalidade: Brasileira
 Graduação: Nutricionista - Universidade Bandeirante de São Paulo - São Paulo - Brasil - 2003
 Mestrado: Mestra em Ciências (2) - Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - Brasil - 2014

Curso: Doutorado
 Programa: Nutrição Humana Aplicada (1)
 Data de Matrícula: 01/02/2016
 Início da Contagem de Prazo: 01/02/2016
 Data Limite para o Depósito: 04/05/2020
 Orientador: Prof(a). Dr(a). Denise Cavallini Cyrillo - 01/02/2016 até o presente. Email: dccyrill@usp.br
 Proficiência em Línguas: Inglês, Aprovado em 01/02/2016
 Prorrogação(ões): 90 dias
 Período de 01/02/2020 até 01/05/2020
 Data de Aprovação no Exame de Qualificação: Aprovado em 23/03/2018
 Data do Depósito do Trabalho:
 Título do Trabalho:
 Data Máxima para Aprovação da Banca:
 Data de Aprovação da Banca:
 Data Máxima para Defesa:
 Data da Defesa:
 Resultado da Defesa:
 Histórico de Ocorrências: Primeira Matrícula em 01/02/2016
 Prorrogação em 18/10/2019

Aluno matriculado no Regimento da Pós-Graduação USP (Resolução nº 6542 em vigor de 20/04/2013 até 28/03/2018).

Última ocorrência: Matrícula de Acompanhamento em 03/02/2020

Impresso em: 19/03/2020 23:48:55

Janus - Sistema Administrativo da Pós-Graduação



Universidade de São Paulo
Interunidades em Nutrição Humana Aplicada
Documento sem validade oficial
FICHA DO ALUNO

89131 - 9690640/1 - Luciana Alves Cangerana Santiago

Sigla	Nome da Disciplina	Início	Término	Carga Horária	Cred.	Freq.	Conc.	Exc.	Situação
HNT5704-5/2	Nutrição na Adolescência (Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo)	02/03/2016	05/04/2016	30	0	-	-	N	Matrícula cancelada
HNT5758-2/2	Doenças Crônicas não Transmissíveis do Espectro da Síndrome Metabólica: Fisiopatologia, Epidemiologia e Controle (Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo)	08/03/2016	11/04/2016	30	2	100	A	N	Concluída
FBA5903-1/2	Segurança dos Alimentos Geneticamente Modificados (Faculdade de Ciências Farmacêuticas - Universidade de São Paulo)	04/04/2016	12/06/2016	60	0	-	-	N	Pré-matrícula indeferida
HNT5742-3/1	Intervenção Nutricional Educativa (Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo)	10/05/2016	14/06/2016	30	2	100	A	N	Concluída
EAE5876-5/4	Economia da Alimentação e Nutrição (Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - Universidade de São Paulo)	05/08/2016	30/11/2016	120	8	100	A	N	Concluída
FBA5728-4/3	Aprimoramento Pedagógico (Faculdade de Ciências Farmacêuticas - Universidade de São Paulo)	16/08/2016	12/09/2016	60	4	100	A	N	Concluída
FBA5753-1/2	Nutrigenômica e Programação das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (Faculdade de Ciências Farmacêuticas - Universidade de São Paulo)	26/09/2016	02/10/2016	30	2	100	A	N	Concluída
ESP5101-1/2	Bioestatística Básica (Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo)	02/03/2017	20/04/2017	60	0	-	-	N	Turma cancelada
ESP5101-1/3	Bioestatística Básica (Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo)	07/03/2017	01/05/2017	60	4	100	A	N	Concluída
FBA5754-1/4	Atualização em Ciências Farmacêuticas (Faculdade de Ciências Farmacêuticas - Universidade de São Paulo)	25/09/2017	01/10/2017	30	2	100	A	N	Concluída
Atividade do Programa	Participou da Etapa de Estágio Supervisionado em Docência do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino junto à Disciplina HNT0220 – Intervenções Educativas em Alimentação e Nutrição, ministrada aos alunos de graduação do departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (3)	01/02/2019	30/06/2019	-	3	-	-	-	-

	Créditos mínimos exigidos		Créditos obtidos
	Para exame de qualificação	Para depósito de tese	
Disciplinas:	20	24	27
Estágios:			
Total:	20	24	27

Créditos Atribuídos à Tese: 163

Observações:

- 1) Unidades de Ensino responsáveis pelo programa: Faculdade de Saúde Pública - Faculdade de Ciências Farmacêuticas - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - Escola de Artes, Ciências e Humanidades..
- 2) Curso com validade nacional, de acordo com o disposto na Portaria MEC nº 1.077, de 31.08.2012..
- 3) Créditos atribuídos de acordo com o disposto na Portaria GR 3141, de 05.11.1998 e aprovados pela Comissão de Pós-Graduação, em Sessão de 05/08/2019.

Conceito a partir de 02/01/1997:

A - Excelente, com direito a crédito; B - Bom, com direito a crédito; C - Regular, com direito a crédito; R - Reprovado; T - Transferência.
Um(1) crédito equivale a 15 horas de atividade programada.

Última ocorrência: Matrícula de Acompanhamento em 03/02/2020

Impresso em: 19/03/2020 23:48:55

APÊNDICES

APÊNDICE I

Questionário fatores motivacionais para o tratamento para perda de peso

(versão Trat.)

PARTE A

Nome: opcional _____

Contato (email ou whats app): opcional _____

- 1) Qual sua idade? _____ anos
- 2) Sexo: () masculino () feminino
- 3) Qual seu estado conjugal atual?
 () solteiro(a), viúvo(a), separado(a)
 () casado(a) legalmente ou união estável
- 4) Qual o seu nível de escolaridade?
 () sem escolaridade ou 1º grau incompleto
 () 1º grau completo (ensino fundamental) ou 2º grau incompleto (ensino médio)
 () 2º grau completo (ensino médio) ou Ensino superior incompleto
 () Ensino superior completo ou mais
- 5) Quantas pessoas moram com você? (incluindo pais, filhos, irmãos, avós, parentes e amigos, exceto você). _____
- 6) Peso: _____ (preenchido pela pesquisadora)
- 7) Qual sua altura: _____ IMC: (preenchido pela pesquisadora): _____
- 8) Há quanto tempo você está com excesso de peso (obeso ou com sobrepeso)?
 _____ anos ou _____ meses
- 9) Há quanto tempo você está tentando perder peso?
 _____ anos ou _____ meses
- 10) Você se considera uma pessoa:
 () Fisicamente ativa (realiza pelo menos 30 minutos de exercícios ou caminhadas, 5 dias por semana);
 () Sedentária
- 11) Você já fez algum tratamento para perda de peso?
 () sim, com médico. Por quantas vezes? _____
 () sim, com nutricionista. Por quantas vezes? _____
 () sim, por conta própria. Por quantas vezes? _____
 () sim, cirurgia bariátrica.
 () não
- 12) E atualmente, você está fazendo algum tratamento para perda de peso?
 () sim, com médico

- sim, com nutricionista
- sim, por conta própria
- não

13) Está utilizando algum medicamento? Não () Sim ().Qual? _____

Nas questões a seguir responda somente se o seu tratamento está sendo feito com **nutricionista:**

14) Há quanto tempo está fazendo este tratamento?

_____ meses ou _____ anos

15) Porque você procurou este tratamento?

- por razões estéticas;
- por razões de saúde;
- minha família me incentivou a procurar;
- meus amigos fizeram tratamento e ficaram muito bem;
- Outras (especificar) _____

16) Você pretende dar continuidade a este tratamento, retornando às consultas?

Sim () Não ()

17) Se você **não** pretende mais retornar às consultas indique as razões:

- Não gostei do profissional;
- Não tenho condições financeiras para continuar o tratamento;
- A dieta é muito difícil de ser seguida;
- Eu não gosto dos alimentos constantes da dieta;
- Eu já estou com a dieta em mãos e posso seguir o tratamento por conta própria;
- Eu não estou obtendo resultado;
- A quantidade de alimentos prescrita é muito pequena;
- Eu não tenho tempo para cozinhar os alimentos prescritos;
- Eu acho a dieta monótona, com poucas opções;
- O profissional não me disse que precisaria retornar;
- Outras (especificar) _____

PARTE B

Nas questões do quadro a seguir, relacionadas ao tratamento para perda de peso, **com nutricionista**, ao qual você está se submetendo, escolha o item que mais condiz com o seu nível de satisfação com relação a esse tratamento, considerando que a primeira resposta que vier à sua mente é a melhor, para todas as alternativas.

Grau de satisfação com relação a:	Extremamente insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Extremamente satisfeito(a)
1. O plano alimentar prescrito pelo profissional					
2. A evolução do tratamento					
3. A abordagem desenvolvida pelo profissional					
4. As orientações dadas pelo profissional					
5. O custo dos alimentos prescritos					
6. As restrições alimentares prescritas					
7. A variedade dos alimentos prescritos em relação aos meus hábitos, costumes e gostos					
8. A proposta de horários prescrita pelo profissional					

PARTE C

Nas questões do quadro a seguir, relacionadas ao tratamento para perda de peso, **com nutricionista**, ao qual você está se submetendo, indique o grau de veracidade das afirmações abaixo, atribuindo uma nota de 0 a 4, sendo 0, totalmente falso, e 4, totalmente verdadeiro. A primeira resposta que vier à sua mente é a melhor, para todas as alternativas.

	0 (Totalmente falso)	1	2	3	4 (Totalmente verdadeiro)
1. Tenho o apoio e o estímulo de meus familiares * para dar continuidade ao meu tratamento					
2. Minha família também aderiu às mudanças na alimentação propostas pelo profissional					
3. Recebo apoio e estímulo do meu círculo social (amigos, colegas de trabalho) para dar continuidade ao meu tratamento					
4. Perder peso é a melhor maneira de me ajudar					
5. É importante para mim, pessoalmente, que meus esforços sejam bem-sucedidos					
6. Perder peso é muito importante para muitos aspectos da minha vida					
7. Quero assumir a responsabilidade pela minha própria saúde e perder peso faz parte deste projeto					
8. Tenho grande vontade de emagrecer e me sentir mais saudável					
9. Tenho grande vontade de emagrecer e me sentir mais bonito (a)					
10. Excesso de peso torna difícil fazer muitas coisas					
11. Sinto-me culpado (a) quando não consigo seguir as orientações do profissional					
12. Sinto-me um fracasso quando não consigo seguir as orientações do profissional					

	0 (Totalmente falso)	1	2	3	4 (Totalmente verdadeiro)
13. Sinto que não estou no controle de meus comportamentos alimentares					
14. Sinto vergonha de mim mesmo (a) por não comer de modo saudável					
15. Perder peso eventualmente permitirá que eu me sinta melhor					
16. É uma boa ideia tentar regular meus comportamentos alimentares					
17. Perder peso é uma boa maneira de garantir a longo prazo benefícios para a saúde					
18. Comer de forma mais saudável é parte fundamental da minha vida					
19. As pessoas vão gostar mais de mim quando eu estiver magro (a)					
20. Outras pessoas próximas de mim insistem para que eu perca peso					
21. Meus amigos/familiares não gostam da minha aparência					
22. As pessoas vão pensar que sou uma pessoa fraca se eu não conseguir perder peso					
23. É importante para mim que os outros vejam que eu estou perdendo peso					
24. Todos os meus esforços para perder peso estão sendo em vão					
25. Estou perdendo meu tempo tentando mudar minha alimentação para perder peso					

*Familiar(es) é (são) todo(s) o(os) indivíduo(s) com o(os) qual(ais) você habitualmente vive. Caso more sozinho(a) considere família como aquelas pessoas com as quais você tem atualmente os laços emocionais mais fortes.

APÊNDICE II

Questionário fatores motivacionais para o tratamento para perda de peso

(versão Abt)

PARTE A

Nome: opcional _____

Contato (email ou whats app): opcional _____

- 1) Qual sua idade? _____ anos.
- 2) Sexo: () masculino () feminino
- 3) Qual seu estado conjugal atual?
 - () solteiro(a), viúvo(a), separado(a).
 - () casado(a) legalmente ou união estável.
- 4) Qual o seu nível de escolaridade?
 - () sem escolaridade ou 1º grau incompleto.
 - () 1º grau completo (ensino fundamental) ou 2º grau incompleto (ensino médio).
 - () 2º grau completo (ensino médio) ou Ensino superior incompleto.
 - () Ensino superior completo ou mais.
- 5) Quantas pessoas moram com você? (incluindo pais, filhos, irmãos, avós, parentes e Amigos, exceto você). _____
- 6) Peso: _____ (preenchido pela pesquisadora)
- 7) Qual sua altura: _____ IMC: (preenchido pela pesquisadora): _____
- 8) Você já fez algum tratamento para perda de peso?
 - () sim, com médico. Por quantas vezes? _____
 - () sim, com nutricionista. Por quantas vezes? _____
 - () sim, por conta própria. Por quantas vezes? _____
 - () sim, cirurgia bariátrica.
 - () nunca fiz.
- 9) Você já utilizou alguma vez medicamento para perda de peso?

Não () Sim () Qual? _____
- 10) Há quanto tempo você está com excesso de peso (obeso ou com sobrepeso)?

_____ anos ou _____ meses

() atualmente, após o tratamento, não estou mais com excesso de peso.
- 11) Se você ainda estiver com excesso de peso, há quanto tempo está tentando perder peso?

_____ anos ou _____ meses

PARTE B

Nas questões do quadro a seguir, relacionadas ao último tratamento, **com nutricionista**, para perda de peso ao qual você se submeteu, escolha o item que mais condiz com o seu nível de satisfação com relação a esse tratamento, considerando que a primeira resposta que vier à sua mente é a melhor, para todas as alternativas.

Grau de satisfação com relação a:	Extremamente insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Extremamente satisfeito(a)
1. O plano alimentar prescrito pelo profissional					
2. A evolução do tratamento					
3. A abordagem desenvolvida pelo profissional					
4. As orientações dadas pelo profissional					
5. O custo dos alimentos prescritos					
6. As restrições alimentares prescritas					
7. A variedade dos alimentos prescritos em relação aos meus hábitos, costumes e gostos					
8. A proposta de horários prescrita pelo profissional					

PARTE C

Considerando apenas o último tratamento, **com nutricionista**, para perda de peso o qual você se submeteu, responda as afirmações do quadro a seguir, considerando os seus sentimentos e sensações na época deste tratamento e indique o grau de veracidade das mesmas, atribuindo uma nota de 0 a 4, sendo 0, totalmente falso, e 4, totalmente verdadeiro. A primeira resposta que vier à sua mente é a melhor, para todas as alternativas.

	0 (Totalmente falso)	1	2	3	4 (Totalmente verdadeiro)
1. Tive o apoio e o estímulo de meus familiares * para dar continuidade ao meu tratamento					
2. Minha família também aderiu às mudanças na alimentação propostas pelo profissional					
3. Recebi apoio e estímulo do meu círculo social (amigos, colegas de trabalho) para dar continuidade ao meu tratamento					
4. Perder peso era a melhor maneira de me ajudar					
5. Era importante para mim, pessoalmente, que meus esforços fossem bem-sucedidos					
6. Perder peso era muito importante para muitos aspectos da minha vida					
7. Queria assumir a responsabilidade pela minha própria saúde e perder peso fazia parte deste projeto					
8. Tinha grande vontade de emagrecer e me sentir mais saudável					
9. Tinha grande vontade de emagrecer e me sentir mais bonito (a)					
10. Excesso de peso tornava difícil fazer muitas coisas					
11. Sentia-me culpado (a) quando não conseguia seguir as orientações do profissional					
12. Sentia-me um fracasso quando não conseguia seguir as orientações do profissional					
13. Sentia que não estava no controle de meus comportamentos alimentares					

	0 (Totalmente falso)	1	2	3	4 (Totalmente verdadeiro)
14. Sentia vergonha de mim mesmo (a) por não comer de modo saudável					
15. Perder peso eventualmente permitiria que eu me sentisse melhor					
16. Era uma boa ideia tentar regular meus comportamentos alimentares					
17. Perder peso era uma boa maneira de garantir a longo prazo benefícios para a saúde					
18. Comer de forma mais saudável era parte fundamental da minha vida					
19. As pessoas iam gostar mais de mim se eu estivesse magro (a)					
20. Outras pessoas próximas de mim insistiam para que eu perdesse peso					
21. Meus amigos/familiares não gostavam da minha aparência					
22. As pessoas iam pensar que eu era uma pessoa fraca se eu não conseguisse perder peso					
23. Era importante para mim que os outros vissem que eu estava perdendo peso					
24. Todos os meus esforços para perder peso eram em vão					
25. Estava perdendo meu tempo tentando mudar minha alimentação para perder peso					

*Familiar(es) é (são) todo(s) o(os) indivíduo(s) com o(os) qual(ais) você habitualmente vive. Caso more sozinho(a) considere família como aquelas pessoas com as quais você tem atualmente os laços emocionais mais fortes.

APÊNDICE III

Slides da palestra

USP UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-USP

A Alimentação Adequada e a Perda de Peso

Nutricionista Luciana Alves Cangerana Santiago
CRN 3- 13384

O QUE É UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL??

- ▶ COM SEVERAS RESTRIÇÕES???
- ▶ DE MUITO BAIXO VALOR CALÓRICO???
- ▶ QUE ELIMINA ALGUM GRUPO ALIMENTAR???



- ▶ QUE CONTÉM TODOS OS GRUPOS... COLORIDA
- ▶ SEM RESTRIÇÕES CALÓRICAS MUITO SEVERAS... GANHO DE PESO POSTERIOR...
- ▶ Célula programada para todos nutrientes...
 - ▶ Se tirar → agressão...



FAZER DIETA É BOM?? DIETAS DA MODA.....

Depoimentos

- ▶ SERÁ QUE DÁO CERTO??
- ▶ GERALMENTE RESTRINGEM ALGUM GRUPO ALIMENTAR...
- ▶ O organismo necessita de uma gama complexa de nutrientes para manter-se saudável... mesmo quando se quer emagrecer
- ▶ Dietas à base apenas de carboidratos, proteínas, fibras etc, pecam pela falta de equilíbrio nutricional.
- ▶ Como consequência → indisposição, tonturas, queda da imunidade, desaceleração do metabolismo, entre outras....
 - ▶ Desaceleração → mais grave
 - ▶ Perda de peso em curto espaço de tempo...

Dietas pobres em carboidratos e ricas em proteínas

FUNÇÕES (carboidratos):

- ▶ FONTE ENERGÉTICA PRIMÁRIA
- ▶ ÚNICO ALIMENTO PARA O CÉREBRO (café da manhã)
- ▶ NECESSÁRIO PARA A CONTRAÇÃO E FORMAÇÃO MUSCULAR
- ▶ GERA SENSAÇÃO DE SACIEDADE (INTEGRAIS)



CONSEQUÊNCIAS DA RESTRIÇÃO:

- ▶ NA FALTA DE CARBO, OS MÚSCULOS SÃO AFETADOS E AS PTS PASSAM A SER UTILIZADAS COMO FONTE DE ENERGIA
- ▶ SUA FALTA GERA COMPULSÃO ALIMENTAR
- ▶ DEPLEÇÃO DO SISTEMA IMUNOLÓGICO
- ▶ FALTA DE ENERGIA E FADIGA PRINCIPALMENTE SE PRATICAR ATIVIDADE FÍSICA
- ▶ DEFICIÊNCIA DE MICRONUTRIENTES (VITAMINAS E MINERAIS E FIBRAS) → constipação
- ▶ DORES DE CABEÇA, TONTURA, MAU HÁLITO, CANSAÇO, NÁUSEAS, NERVOSISMO, FRAQUEZA E TREMORES

Proteínas

FUNÇÕES:

- ▶ FUNÇÃO ESTRUTURAL E IMUNOLÓGICA
- ▶ SENSAÇÃO DE SACIEDADE (na proporção adequada)



CONSEQUÊNCIAS DO EXCESSO:

- ▶ SOBRECARGA RENAL → CÁLCULOS E DANO RENAL
- ▶ AUMENTO RISCO DE DCV (PELO EXCESSO DE GORDURA SATURADA E COLESTEROL)
- ▶ AUMENTO DOS NÍVEIS DE ÁCIDO ÚRICO → gota
- ▶ AUMENTO DA EXCREÇÃO DE CÁLCIO → OSTEOPOROSE
- ▶ DEFICIÊNCIA DE VITAMINAS, MINERAIS E FIBRAS (PRESENTES NAS FRUTAS, VEGETAIS)
- ▶ CONSTIPAÇÃO (DEFICIÊNCIA DE FIBRAS)

Dietas muito pobres em gorduras

FUNÇÕES:

- ▶ ENERGÉTICA
- ▶ FORMAÇÃO DE HORMÔNIOS
- ▶ VITAMINAS LIPOSSOLÚVEIS
- ▶ GERA SENSAÇÃO DE SACIEDADE



- ▶ Se dieta pobre...
- ▶ BAIXA ENERGIA
- ▶ BAIXAS VITAMINAS
- ▶ BAIXA FORMAÇÃO DE HORMÔNIOS... (ex amenorreia, na anorexia...)
- ▶ REDUZ A SENSAÇÃO DE SACIEDADE → GERANDO AUMENTO NA BUSCA POR COMIDA...

PILARES DE UMA BOA NUTRIÇÃO

Variedade
Moderação
Equilíbrio

INDIVÍDUOS QUE VIVEM DE DIETA NUNCA EMAGRECEM...
por todas essas questões citadas...

EFEITO SANFONA COMPLICADOR...

PRINCIPALMENTE, NA PERDA DE PESO SEM O ACOMPANHAMENTO DE UM
PROFISSIONAL...

PERDA DE MASSA MAGRA (MÚSCULO) → DIFICULTA MAIS AINDA A PERDA...
EM DIETAS SEM ACOMPANHAMENTO E NA PERDA DE PESO MUITO RÁPIDA → MASSA
GORDA PERMANECE INTACTA (SÓ REDUZ UM POUCO)
MASSA MUSCULAR PERDE E NÃO VOLTA MAIS... SÓ COM ATIVIDADE FÍSICA



E PORQUÊ É TÃO DIFÍCIL PERDER PESO???

- ▶ MEMÓRIA GENÉTICA, ancestrais passavam épocas de privação de alimentos...
- ▶ DEFESA DO ORGANISMO, NA PERDA, TENDE A RETER GORDURA → peso platô
- ▶ ALIMENTO FONTE DE PRAZER E MUITAS VEZES VÁLVULA DE ESCAPE...
 - ▶ RESTRIÇÃO GERA COMPULSÃO!!!!
 - ▶ DIETA (MUDANÇAS ALIMENTARES) → SACRIFÍCIO, SOFRIMENTO
 - ▶ VIVER SAUDÁVEL NÃO É TORMENTO

MAS COMO FAZER?

Privilegie alimentos in natura → plantas e animais (folhas e frutos, vegetais, ovos e leite), e minimamente processados processados (grãos secos como arroz, feijão, tubérculos lavados e cortes de carne resfriadas frescas)

Evite ultra processados → industrializados

Respeite os sinais de fome e saciedade (perceba os sinais físicos...)

Perceba se é fome ou vontade de comer (evitar o excesso e mastigar)

Ansiedade, tristeza, angústia, raiva...

Refine seu paladar (evitando doces, salgados e gorduras) → sentir o gosto dos alimentos

MAS COMO FAZER?

COMA COMIDA MESMO, SIMPLES,
FEIJÃO, ARROZ, CARNE, LEGUME E SALADA

→ opte por água, leite e frutas **no lugar** de refrigerantes, bebidas lácteas e biscoitos recheados;

→ não troque comida feita na hora (caldos, sopas, saladas, molhos, arroz e feijão, macarronada, refogados de legumes e verduras, farofas, tortas) por produtos que dispensam preparação culinária (sopas "de pacote", macarrão "instantâneo", pratos congelados prontos para aquecer, sanduíches, frios e embutidos, maioneses e molhos industrializados, misturas prontas para tortas);

→ fique com sobremesas caseiras, dispensando as industrializadas.



E AGORA???

JÁ SABEMOS QUE A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E EQUILIBRADA ALIADA À ATIVIDADE FÍSICA É O CAMINHO....

MAS COMO CONSEGUIR???



TRÊS PILARES PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO E CONSEQUENTE PERDA DE PESO

- ▶ DISCIPLINA → para as mudanças
- ▶ DETERMINAÇÃO → querer, força...
- ▶ PERSISTÊNCIA → nas derrapadas



FRASE REFLEXÃO

“ A restrição é o tipo de ameaça que nossa espécie evoluiu para enfrentar. Nossos ancestrais passavam fome por necessidade. Nós passamos fome por escolha, mas nosso corpo não sabe a diferença...”

Por isso não passem fome...

Referência consultada:

- ▶ Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira / Departamento de Atenção Básica.- Brasília : Ministério da Saúde, 2014
- ▶ Nutrição Comportamental. 1ª edição. São Paulo: Editora Manole. 2015.

OBRIGADA!!!!

Contatos

Email: lucianacan@outlook.com ou
luciancangerana@usp.br

Celular 9 89892359

APÊNDICE IV

Análises Univariadas

VARIABLES	(1) ABTTO
Epmeses	-0.00255** (0.00114)
Constant	0.542** (0.213)
Observations	86
Standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

VARIABLES	(1) ABTTO
Dtmese	-0.0285* (0.0163)
Constant	0.395** (0.183)
Observations	86
Standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

VARIABLES	(1) ABTTO
IMC	-0.0383 (0.0257)
Constant	1.388* (0.825)
Observations	86
Standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

VARIABLES	(1) ABTTO
IMC	0.234 (0.315)
c.IMC#c.IMC	-0.00417 (0.00481)
Constant	-2.954 (5.062)
Observations	86
Standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

VARIABLES	(1) ABTTO
QTPPmeses	-0.00224* (0.00135)
Constant	0.385** (0.185)
Observations	86
Standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

VARIABLES	(1) ABTTO
GMOTIE	-0.256*** (0.0959)
Constant	1.929*** (0.676)
Observations	86
Standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

VARIABLES	(1) ABTTO
GSECON	0.156 (0.161)
Constant	-0.434 (0.642)
Observations	86
Standard errors in parentheses	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

VARIABLES	(1) ABTTO
1.EstSau	-0.956 (0.603)
Constant	1.068* (0.586)
Observations	86
Standard errors in parentheses	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

VARIABLES	(1) ABTTO
GSAT	-0.325*** (0.0692)
Constant	1.905*** (0.397)
Observations	86
Standard errors in parentheses	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

VARIABLES	(1) ABTTO
1.SupC	0.601** (0.290)
Constant	-0.218 (0.235)
Observations	86
Standard errors in parentheses	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

VARIABLES	(1) ABTTO
Idade	-0.00106 (0.0795)
c.Idade#c.Idade	0.000106 (0.00102)
Constant	0.0364 (1.428)
Observations	86
Standard errors in parentheses	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

VARIABLES	(1) ABTTO
1.Masc	-0.0829 (0.311)
Constant	0.197 (0.158)
Observations	86
Standard errors in parentheses	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

VARIABLES	(1) ABTTO
1.Solt	0.0595 (0.276)
Constant	0.151 (0.178)
Observations	86
Standard errors in parentheses	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

VARIABLES	(1) ABTTO
1.FA	-0.0759 (0.272)
Constant	0.216 (0.197)
Observations	86
Standard errors in parentheses	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

VARIABLES	(1) ABTTO
TamFam	0.101 (0.107)
Constant	-0.167 (0.391)
Observations	86
Standard errors in parentheses	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

VARIABLES	(1) ABTTO
GSSOC	-0.150*** (0.0498)
Constant	0.828*** (0.259)
Observations	86
Standard errors in parentheses	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

VARIABLES	(1) ABTTO
1.Medic	0.778** (0.316)
Constant	-0.0418 (0.162)
Observations	86
Standard errors in parentheses	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

VARIABLES	(1) ABTTO
Idade	0.00707 (0.0109)
Constant	-0.103 (0.451)
Observations	86
Standard errors in parentheses	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	