

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da
Universidade do Porto

**OBESIDADE, MOTIVAÇÃO E
COMPORTAMENTOS ALIMENTARES
NO DOENTE ONCOLÓGICO**

2003/2004

Paula Andreia Magalhães Grenha

“Habit is habit, and not to be flung out of the window by any man, but coaxed
downstairs a step at a time.”

Mark Twain

Abreviaturas

% -percentagem

a. C. – antes de Cristo

IMC – Índice de Massa Corporal

IPOFG – CROP,SA – Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil Centro
Regional Oncológico do Porto

SPSS – Statistical Package for the Social Science

OMS – Organização Mundial de Saúde

Índice

Resumo	iv
Introdução	1
Objectivos	11
Material e Métodos	12
▫ Amostra	12
▫ Recolha de Dados	13
▫ Avaliação Antropométrica	13
▫ Análise Estatística	14
Resultados	14
Discussão	34
Conclusão	45
Bibliografia	47
Lista de Anexos	



Resumo

A doença oncológica representa uma marca inolvidável na vida de uma pessoa. A ideia de algo pretensamente incurável, aliado com o sofrimento que se espera encontrar no caminho doloroso para o controlo dos sintomas e da própria doença, desenha à partida um cenário agreste para a actuação de um nutricionista. É neste contexto que surgem as doentes obesas, consequência da patologia de base, de efeitos iatrogénicos, ou ainda o caso de excesso de peso adquirido antes do diagnóstico de cancro.

Neste trabalho utilizou-se um Inquérito de Comportamento Alimentar, na tentativa de ser uma abordagem eficaz a estas doentes na descoberta de determinados padrões de ingestão alimentar, presentes e anteriores ao momento de aplicação do inquérito. Além deste propósito, a intenção da investigação estendia-se também à procura de diferenças entre doentes que foram à consulta pela primeira vez e aquelas que a frequentavam há mais e/ou menos de 2 anos. A eficácia da consulta era assim um dado subjacente a retirar das conclusões do trabalho. Mas os resultados não se revelaram muito satisfatórios, provando que a influência do aconselhamento nutricional não é indelével no tempo, pois parte do peso perdido por consequência das primeiras consultas, é recuperado algum tempo depois. A motivação que as leva a perder peso prende-se com motivos de ordem pessoal, com sentimentos de bem estar próprio e desejo de evitar e controlar outras doenças; no entanto, o facto de terem sido orientadas neste sentido por um profissional de saúde é também saliente nesta decisão tomada.

O inquérito foi aplicado na consulta de Nutrição-Endocrinologia do IPOFG - CROP,S.A, durante um curto espaço de tempo (2 meses e meio), pelo que a amostra é pequena (60 pessoas). As pessoas incluídas no trabalho pertencem

apenas ao sexo feminino e têm idades compreendidas entre os 45 e os 65 anos, por serem estas as características mais prevalentes na consulta, traduzindo uma amostra o mais fiel possível à realidade lá vivida.

É da interacção entre a obesidade e a doença oncológica que surge este ambiente psicológico peculiar que se tentou em parte desflorar. A sua análise revelou certas tendências e modos de pensar, o que permitirá, num futuro próximo, perspectivar novos métodos de acção, mais apropriados e mais eficazes.

Introdução

O cancro é provavelmente a doença mais temida do mundo moderno.¹

Em termos etimológicos, a palavra cancro deriva do latim e significa *caranguejo*; o uso da palavra remonta ao século V a.C. tendo Hipócrates verificado que as “veias” que irradiavam dos tumores do peito se assemelhavam a um caranguejo.¹

Sabe-se agora que esta doença resulta da multiplicação acelerada de células malignas, resultantes de múltiplas deficiências genéticas provocadas pela exposição a agentes ambientais, infecciosos e alimentares. A doença desenvolve-se em vários estadios caracterizados por mudanças carcinogénicas graduais no comportamento biológico de uma população de células clonogénicas. Este processo pode levar anos ou décadas a completar-se.^{2,23}

Actualmente, um diagnóstico de cancro não representa a fatalidade de uns anos atrás. As descobertas sempre constantes nas últimas três décadas, quer em relação a detecção precoce, quer na aplicação de novas e revolucionárias estratégias terapêuticas, com a utilização combinada de diferentes modalidades de tratamento, tais como cirurgia, radioterapia e quimioterapia (só para nomear as mais relevantes), provocaram uma profunda alteração no modo de enfrentar a doença e combatê-la, cada vez com mais sucesso.^{3,17}

No entanto, é importante destacar o papel essencial de outros factores, que embora na penumbra, actuam nestes doentes, garantindo bons resultados médicos. É o caso de intervenções que foquem aspectos sócio-culturais, psicológicos e comportamentais, de modo a garantir um envolvimento total da pessoa no seu próprio triunfo na luta contra a doença.³

Não obstante os constantes progressos no seu combate, quer em termos de estratégias para um diagnóstico precoce, quer na prossecução de tratamentos eficazes que assegurem uma sobrevida cada vez maior e com melhor qualidade, um diagnóstico de cancro arrasta consigo sentimentos de angústia e desespero. E se alguns doentes revelam uma boa adaptação, muitos outros manifestam um desânimo geral. Esta problemática não se circunscreve somente aos doentes, estendendo-se também à família, amigos e muitas vezes a todas as pessoas empenhadas no seu tratamento.^{1,23}

A ansiedade está sempre presente. O medo da recorrência da doença é uma sombra da qual não se conseguem libertar. E os efeitos das complicações dos tratamentos, sintomatologia associada aos mesmos e ineficácia de alguma modalidade terapêutica, muitas vezes a actuar sinergicamente³, provocam um desânimo, que tem de ser compreendido e ultrapassado com esforço e esperança.

Poucos métodos terapêuticos podem ser considerados inócuos. Os efeitos debilitantes da maioria dos tratamentos retumbam em problemas neurocognitivos, menopausa prematura, disfunção cardíaca, complicações do foro sexual, fadiga crónica e dor, assim como patologias malignas secundárias. Estes efeitos podem ser agrupados como específicos de um sistema (falha, lesão ou envelhecimento precoce de um órgão, imunossupressão, lesões endócrinas), neoplasmas malignos secundários (risco aumentado de recorrência, cancro secundário relacionado com o primário ou cancro secundário associado com tratamentos citotóxicos ou radiológicos), alterações funcionais (edemas, incontinência, dor, neuropatias e fadiga), alterações estéticas (amputações, ostomias e modificações

da pele e cabelo), assim como morbilidades associadas (osteoporose, artrite, escleroderma e hipertensão).^{3,23}

Muitos destes efeitos podem ser antecipados por conhecimento das estratégias a adoptar para o tratamento, idade do indivíduo, modalidades de tratamento e doses administradas. A susceptibilidade é variável. Geralmente, a quimioterapia resulta em toxicidades agudas que podem persistir, enquanto a radioterapia provoca sequelas que poderão não ser imediatamente visíveis. Quando se combinam estes dois métodos, são de esperar efeitos mais prolongados no tempo.³

Os sobreviventes de cancro podem esperar ultrapassar o marco dos 5 anos; para muitos esta doença adquire um carácter crónico. Mas apesar das razões da incidência e epidemiologia desta patologia estarem a ser conhecidas e exploradas cada vez mais rapidamente, os efeitos do diagnóstico e tratamento naqueles que sobrevivem e vivem com esta doença são menos claros. E isto porque a maior parte da investigação é conduzida no sentido de saber as causas, não as consequências da sobrevivência a longo prazo.³

As evidências mostram claramente a necessidade de um apoio psicossocial que vá de encontro aos efeitos médicos, emocionais, sociais e económicos da sua doença. As sequelas de um acontecimento como este reflectem-se em pormenores do quotidiano das pessoas, com alteração de estilos de vida e papéis familiares, tendo de lidar com a incerteza e sofrimento.³

Estas consequências médicas, psicossociais e económicas são importantes causas de morbilidade física, psicológica e social.

Se por um lado se combate a deterioração física que a doença induz, por outro, luta-se ainda mais por manter ou adaptar uma vida que se desmoronou

senão total, pelo menos parcialmente. A adaptação do doente oncológico aos resultados da sua doença é uma tarefa árdua e longa. As questões relacionadas com a imagem corporal, auto-conceito, autonomia pessoal, intimidade, amor-próprio e interações pessoais e familiares, assim como os ajustes às consequências sociais no respeitante às percepções e expectativas dos demais, relações e funções interpessoais alteradas, estabilidade económica e de emprego, e discriminação, são fonte de grande stress e receio.³

A morbidade psicológica em doentes com cancro é assim elevada. Este problema ainda se torna mais grave pelo facto de não ser, muitas vezes, detectado pelos profissionais de saúde.¹

A depressão é um dos problemas que embota por vezes a actuação e a prossecução dos tratamentos. O diagnóstico desta doença traz tristeza, medo e desesperança iniciais, que são, na sua essência, naturais perante uma situação tão perturbadora. No entanto, o grau destes sentimentos e suas manifestações distinguem entre aqueles que têm uma adaptação normal daqueles que adquirem uma depressão³, com alterações significativas de humor e comportamento. Muitas vezes os sintomas depressivos são erroneamente atribuídos ao cancro, justificando-se os sentimentos do doente, com o facto do mau prognóstico, com a ansiedade e medo de morrer, e outros sintomas, como falta de apetite e desconforto físico, a consequências do tratamento.¹ O stress, quer como consequência, quer como factor associado à própria doença, tem um peso significativo na eficácia do próprio tratamento. E, tendo em conta que o stress se relaciona com a diminuição das capacidades do sistema imunitário, existe a necessidade premente de actuar nos comportamentos de saúde destes doentes. É essencial fornecer ao doente competências de resolução de problemas, planear

actividades agradáveis e praticar técnicas de relaxamento, a fim de se obterem resultados benéficos na adesão terapêutica, comunicação e relacionamento social.¹

Uma avaliação da qualidade de vida durante o tratamento deverá ser um recurso a utilizar para monitorizar o efeito da doença e do próprio tratamento, permitindo, de certo modo, prever a sobrevivência das pessoas com cancro³. Definindo-se qualidade de vida como um conceito multidimensional, que inclui capacidade funcional (actividade), funcionamento psicológico (saúde mental, por exemplo), ajustamento social e toda a sintomatologia relacionada com a doença e seu tratamento¹⁵, é mais fácil compreender como se deduz possíveis resultados, em determinada pessoa.

No pós-tratamento, os resultados podem ser favoráveis, e os doentes sentem-se geralmente aliviados, embora o voltar à sua vida normal lhes inspire um certo receio, por se sentirem um pouco desamparados de todos os cuidados proporcionados durante os tratamentos. Quando se dá o caso oposto, e os resultados não têm a eficácia pretendida, tem de se lidar com as consequências de terapias mais agressivas.¹

No entanto, perante um doente recuperado, pode-se esperar dois tipos de postura: o doente que se sente mais forte, que conseguiu ultrapassar o medo e a doença, sentindo-se capaz de enfrentar novas situações com competências reforçadas, e o doente que olha para trás continuamente, para o qual as perdas foram marcantes, assim como os estigmas psicológicos, pelo que o seu futuro permanece enublado recusando-se a fazer planos a longo prazo. Todavia, depois de um diagnóstico de cancro, a imagem que o doente tem de si, da sua saúde e do seu futuro, das suas capacidades e limitações, é abalada profundamente,

mesmo que os resultados tenham sido positivos. Principalmente nos primeiros anos, o doente ainda se considera isso mesmo, um doente, diferente das outras pessoas, mesmo que os seus hábitos tenham adquirido as características da sua vida anterior. O medo pode atenuar, mas raramente desaparece na totalidade.¹

As consultas de acompanhamento neste período são uma ajuda preciosa ao doente, ajudando-o a lidar com a insegurança que aparece após o tratamento, sentindo-se mais amparado e seguro.

A obesidade é considerada uma epidemia, um grave problema de saúde pública, que se tem alastrado pelas populações de maneira exponencial nas últimas décadas. Conceptualiza-se como um distúrbio complexo e multifactorial de componentes genéticas e ambientais.^{12,19,20}

E não tem sido travada por aplicação de novas estratégias de actuação, pelo que os técnicos de saúde começam a duvidar da sua capacidade de se interporem no avanço intrépido desta doença crónica nas sociedades desenvolvidas do mundo moderno.^{9,16}

Soluções fáceis são pouco prováveis de terem sucesso, dada a interacção complexa entre vários factores, como a disponibilidade crescente de produtos caloricamente densos, a diminuição cada vez mais acentuada de dispêndio de energia, aliados ao nosso *background* genético. A nossa população tem sido exposta a profundas alterações ambientais nas últimas três décadas. Percorrendo as páginas da História, verifica-se que a fome era a principal ameaça à sobrevivência do ser humano, não a obesidade, tendo-se desenvolvido um fenótipo conservador, ou seja, um fenótipo energeticamente eficiente, poupador da gordura. O que seria uma vantagem num mundo de poucos recursos

alimentares e elevado dispêndio energético, conduz indubitavelmente à obesidade no mundo de hoje, caracterizado pela elevada disponibilidade de alimentos ricos em gordura e calorias, articulada com uma expressiva diminuição do consumo energético em actividade física. Além destas, algumas razões apontadas para esta ineficácia de acção incluem a hesitação destes profissionais perante técnicas inovadoras, duvidando da sua eficácia, falta de disponibilidade e de tempo, não colaboração por parte dos doentes e falta de treino no aconselhamento e motivação destes.^{9,12,19}

A obesidade resulta, basicamente, da imparidade entre a energia que é gasta e aquela que é absorvida, verificando-se nestes últimos anos um declínio nos gastos energéticos dispendidos que não foi acompanhado por uma equivalente redução da energia consumida. A sua medição directa consegue-se através de métodos muitas vezes dispendiosos e invasivos, tais como medições debaixo de água ou tomografia computadorizada. A obesidade define-se normalmente como uma medida indirecta da gordura corporal, através do Índice de Massa Corporal (IMC) [peso (kg) / altura² (m)].^{9,18} A Organização Mundial de Saúde e a National Heart, Lung and Blood Institute¹⁹ consideram excesso de peso quando o valor de IMC se situa no intervalo de 25.0 kg/m² a 29.9 kg/m² e obesidade, quando o valor de IMC é superior ou igual a 30 kg/m².^{8,9,16,18} Por meio deste método, conseguem-se comparações intra e entre populações.¹⁸

Esta medida, no entanto, não caracteriza adequadamente a gordura corporal, uma vez que não tem em consideração a sua distribuição pelo organismo⁹. A adiposidade visceral ou central acarreta um maior risco de saúde que a gordura periférica¹⁸, considerando-se mesmo a gordura intra-abdominal como um factor independente na predisposição de determinados problemas de

saúde. A obesidade está associada com risco aumentado de diabetes tipo 2, doença coronária, enfarte, hipertensão, dislipidemia, doenças vesiculares, osteoartrite, apneia do sono, perturbações mentais e com vários tipos de cancro, para não mencionar a taxa de mortalidade, acentuada em qualquer idade^{8,18,19}

Os custos económicos inerentes ao tratamento da obesidade e comorbilidades a ela associadas representam uma fatia considerável do orçamento de qualquer país e instituição de saúde. Mais indirectamente, as despesas com ausência do emprego, seguros de saúde, incapacidade física temporária ou permanente e morte prematura^{8,18,19} são um preço alto a pagar por esta doença tantas vezes relegada para segundo plano.

A discriminação nos locais de trabalho, as dificuldades no relacionamento interpessoal e uma panóplia de atitudes negativas que as sociedades ocidentais orientam contra as pessoas obesas são dificuldades acrescidas no quotidiano destas pessoas. Elas focam a atenção no seu corpo e possivelmente no que virão a alcançar, quando perderem peso e “encaixarem” nas normas sociais. Poderão, em consequência, adoptar regimes alimentares muito restritivos e desenvolver uma auto imagem negativa, envolvendo-se em ciclos de ganho e perda de peso consecutivos, levando este descontrolo ao risco de desenvolverem algum tipo de perturbação alimentar. Como consequência a eficácia pessoal diminui, originando isolamento e resignação, que por sua vez resultam em problemas de ordem afectiva e psicológica.^{8,15}

Esta doença encontra-se entre as condições patológicas mais fáceis de reconhecer e mais difíceis de tratar¹⁹; o seu tratamento deve ser orientado do mesmo modo que qualquer outra doença crónica.¹⁸

Os comportamentos alimentares do doente, muitas vezes associados ao seu estado psicológico, devem também ser desvendados. Sentimentos de baixa auto-estima, solidão, aborrecimento ou stress são causas hipotéticas para a modificação de padrões alimentares.¹⁸

Como doença crónica e recorrente que é, deve ser explicado ao doente a necessidade de integrar um programa de redução de peso a longo prazo, estabelecendo metas realistas e progressivas de perda de peso.

Os objectivos principais no controlo de peso são inicialmente induzir um balanço energético negativo a fim de reduzir o peso corporal e seguidamente manter esse baixo peso ao longo do tempo. A OMS estabelece uma redução de 5-15% do peso inicial numa primeira fase, ou seja, uma perda de cerca de 10% do peso em aproximadamente 6 meses. Se este propósito for atingido, começa-se a idealizar uma perda progressiva, cada vez mais acentuada.^{8,18}

Uma abordagem multimodal torna-se essencial na tentativa de obter algum sucesso no tratamento da obesidade. A ênfase deverá ser colocada na modificação de comportamentos e estilos de vida, aliados a uma estratégia de combate ao excesso de peso e à generalização de hábitos de exercício físico no dia a dia.^{8,9,12,18}

Além disto, um acompanhamento motivacional permanente tem sido demonstrado como uma arma interessante e prometedora na luta contra este inimigo dissimulado, causa de morbilidade e mortalidade crescente nos países industrializados.^{9,18} A motivação dos doentes é uma componente chave num programa estruturado de perda de peso. É essencial divisar se o doente está preparado para alterar os seus comportamentos antes de iniciar o programa. Devem ser assessoradas as razões apresentadas para a decisão de reduzir o

peso, a amplitude de apoio por parte dos familiares e amigos, o nível de compreensão do doente acerca do seu problema, atitudes perante a prática de actividade física e barreiras que possam interferir na prossecução do plano estabelecido.¹⁸

É também interessante descobrir o que leva as pessoas a mudarem os seus hábitos; quais as razões que são consideradas mais importantes e que resultados esperam obter perante a decisão tomada. O que os compele a seguir, ou não, um esquema alimentar mais saudável?

Se a espécie humana é a forma de vida mais inteligente no planeta, porque parece tão difícil fazer pequenos ajustes no comportamento diário, que se presume alterarem o crescimento contínuo da obesidade?⁵ Como fazer para que as pessoas desistam de alguns dos seus hábitos de risco prejudiciais à sua saúde, e adoptem outros mais saudáveis?

A compreensão dos factores associados com os comportamentos alimentares ajuda os nutricionistas e outros educadores relacionados com a alimentação a elaborarem teorias e tecerem programas educacionais adequados. Muitos estudos revelam que os comportamentos alimentares são influenciados por factores demográficos, relacionados com saúde e estilo de vida, com os conhecimentos nutricionais e outros factores de âmbito sócio-psicológico.^{5,7,22} O auto-controlo é essencial na mudança de comportamentos porque instiga sentimentos de competência, de eficácia. Neste contexto são de relevar técnicas de auto-observação e monitorização, controlo dos estímulos, o seu próprio auto-controlo e auto-reforço contínuo. Por último, o envolvimento de familiares e dos seus pares neste esforço permite a manutenção destas mudanças ao longo do tempo.

Quando se associam estas duas patologias, a doença oncológica e a obesidade, a aproximação aos doentes deve ser cautelosa mas determinada, de modo a se conseguir obter resultados frutíferos e duradouros. O doente oncológico obeso, pelas suas características particulares, representa um enigma peculiar a deslindar. As razões porque toma certas atitudes, o móbil das suas escolhas, os motivos que o levam a adoptar determinado estilo de vida e as condicionantes que o travam neste propósito, são alguns dos motivos que tornam tão aliciante o trabalho com estas pessoas.

Com este objectivo, e através de um inquérito acerca dos comportamentos alimentares e história do peso, atitudes e motivação ao longo dos anos, tentou-se descobrir um pouco mais do seu modo de pensar, e de como encaram a oportunidade de adoptarem um esquema alimentar estruturado que aponta para controlo do seu peso e da sua alimentação.

Objectivos

- Avaliar a eficácia da consulta de Nutrição-Endocrinologia, através da aplicação de um inquérito de comportamento alimentar que foca temas envolvidos com a evolução do peso e da motivação para cumprir o esquema alimentar proposto na consulta;
- Verificar diferenças na motivação e no peso entre as doentes que vão à consulta pela primeira vez e aquelas que a frequentam há mais ou há menos de 2 anos;

- Descobrir razões e procurar possíveis explicações para a alteração e seguimento de determinados padrões de comportamento por parte do doente oncológico obeso;

Material e Métodos

Neste trabalho foram aplicados inquéritos de comportamento alimentar, publicados e validados anteriormente,^{20,21} com o objectivo de se coordenarem questões que abordassem os temas que se queriam estudar. (Anexo 1)

1. Amostra

A amostra é constituída por 60 indivíduos, pertencentes ao sexo feminino, com idades compreendidas entre os 45 e os 65 anos, que frequentaram a Consulta de Nutrição-Endocrinologia no Instituto Português de Oncologia Centro Regional Oncológico do Porto, S. A. Nesta consulta, o motivo de intervenção nutricional é variado, mas para este estudo foram seleccionadas as doentes oncológicas cujo motivo principal da consulta foi a obesidade, podendo, no entanto, apresentar co-morbilidades associadas, tais como dislipidemia, diabetes ou hipertensão. Esta consulta é administrada no pós-tratamento, ou seja, na fase onde as doentes vão ao IPO apenas para consultas de follow-up das diferentes especialidades, onde se inclui a consulta de Nutrição. Esta é solicitada geralmente pela consulta de Endocrinologia ou Diabetologia, embora qualquer especialidade do Hospital a possa requerer.

2. Recolha de Dados

O inquérito é constituído por duas partes. A parte inicial é constituída por informações de carácter pessoal, nomeadamente idade, altura, peso inicial (aquando da primeira consulta de Nutrição) e actual, diagnóstico apresentado e patologias associadas, quer de foro físico, quer psicológico, retiradas do processo clínico da doente. A segunda consta de 13 questões que incidem sobre a história de peso corporal aliado a atitudes e motivações que paralelamente concorreram para a manutenção ou alteração das seus hábitos alimentares.

As questões são na sua maioria, fechadas, havendo algumas em que se pede a indicação de um número ou algarismo.

No inquérito foi preservado o anonimato. A colaboração neste estudo era solicitada inicialmente, e após aquiescência por parte da doente, era solicitada sinceridade absoluta na resposta às questões colocadas.

A administração foi directa, embora a cooperação do investigador fosse por vezes solicitada para esclarecimento de dúvidas na resolução de alguma questão. O inquérito era entregue à doente aquando da conclusão da consulta, independentemente desta ser uma consulta de seguimento ou primeira consulta. O inquérito era preenchido no momento e entregue de seguida.

O inquérito foi aplicado num período de dois meses e meio (19 de Abril a 30 de Junho de 2004).

3. Avaliação Antropométrica

A fim de se determinar o peso das doentes, foi utilizada uma balança analógica. A estatura estava já discriminada no processo clínico, e no caso desta não constar, era requisitado o Bilhete de Identidade.

4. Análise Estatística

A análise dos resultados do inquérito foi realizada no programa informático SPSS versão 11.5, através dos seguintes testes estatísticos:

- Teste t: comparação de médias de uma variável para 2 grupos de casos independentes;
- Teste de Levene: comparação de médias de uma variável para 2 grupos de casos independentes, assumindo a igualdade das variâncias;
- Correlação Spearman: verificação de correlação entre variáveis;
- Correlação Kruskal-Wallis: verificação de correlação entre variáveis;
- Verificação da presença da distribuição normal pelo teste Kolmogorv-Smirnov-Lillefois.

Em todos os testes estatísticos considerou-se um nível de significância de $\alpha = 0,05$, ou seja, uma diferença foi considerada significativa quando $p < 0,05$.

Resultados

Os inquéritos foram aplicados a uma amostra de 60 indivíduos do sexo feminino, que frequentaram a consulta pela primeira vez (16 doentes – 26,7%) ou como consulta de seguimento (44 doentes – 73,3%). Este último grupo dividiu-se ainda em dois subgrupos: as doentes que estavam a ser seguidas há mais de 2 anos (14 doentes – 23,3%), e as doentes seguidas há menos de 2 anos (30 doentes – 50,0%). Denominou-se de Grupo 1 ao total de doentes de primeira consulta, Grupo 2A ao total de doentes em consulta de seguimento há menos de 2 anos e Grupo 2B ao total de doentes em consulta de seguimento há mais de 2 anos.

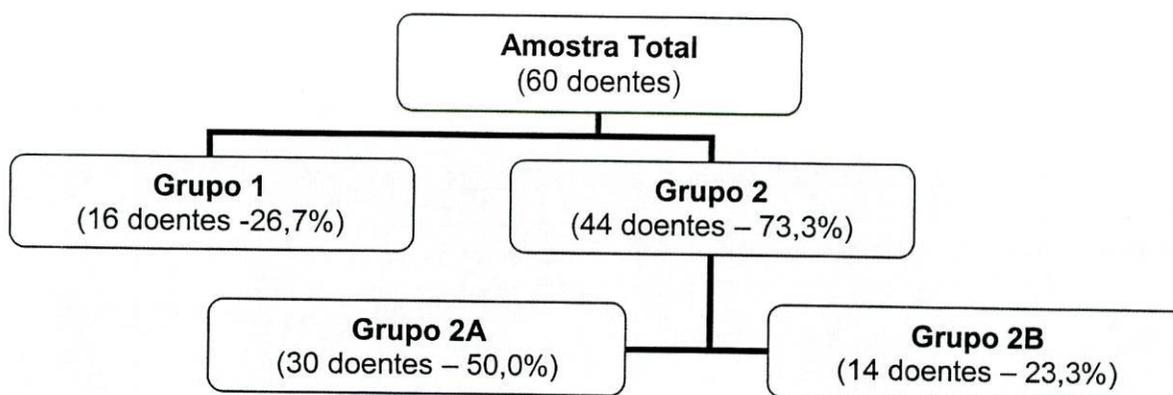


Diagrama 1. Distribuição da Amostra Total pelos diferentes Grupos

A amostra total apresentou uma média de idades de $53,12 \pm 5,81$ anos, tendo o Grupo 1 uma média de idades de $52,56 \pm 6,16$ anos, o Grupo 2A $53,23 \pm 6,32$ anos e o Grupo 2B uma média de $53,50 \pm 4,47$ anos.

O diagnóstico (carcinoma) apresentado na amostra total difere de acordo com a localização da patologia; segundo o Registo Oncológico Regional do Norte (1994) pode agrupar-se do seguinte modo:

Patologia (Carcinoma)	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Glândulas Endócrinas	5	31,2	7	23,3	3	21,4	15	25,0
Mama	5	31,2	16	53,3	6	42,9	27	45,0
Órgãos Genitais	1	6,3	3	10,0	1	7,1	5	8,3
Outros	5	31,2	4	13,3	4	28,6	13	21,7
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 1. Diagnóstico nos diferentes grupos e na amostra total

Em relação aos tratamentos a que as doentes foram submetidas, o inquérito discrimina os mais habituais, ou sejam a cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Assim, os resultados para os diferentes grupos são os seguintes, respectivamente à cirurgia, quimioterapia e radioterapia:

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	13	81,3	27	90,0	12	85,7	52	86,7
Não	3	18,8	3	10,0	2	14,3	8	13,3
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 2. Realização de Cirurgia nos diferentes grupos e na amostra total

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	7	43,7	10	33,3	3	21,4	20	33,3
Não	9	56,3	20	66,7	11	78,6	40	66,7
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 3. Realização de Quimioterapia nos diferentes grupos e na amostra total

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	9	56,3	16	53,3	6	42,9	31	51,7
Não	7	43,7	14	46,7	8	57,1	29	48,3
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 4. Realização de Radioterapia nos diferentes grupos e na amostra total

As patologias associadas à obesidade e perturbações psicológicas foram retiradas do processo clínico da doente, quando este era seguido por essa especialidade. As patologias são referidas nos seguintes quadros, respectivamente no que se refere a diabetes, dislipidemia, hipertensão arterial, doença cardiovascular, doença gastrointestinal, doença renal, doença hepática, doenças articulares, insuficiência venosa/linfática ou outras a indicar pela doente:

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	3	18,7	9	30,0	3	21,4	15	25,0
Não	13	81,3	21	70,0	11	78,6	45	75,0
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 5. Existência de Diabetes nos diferentes grupos e na amostra total

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	4	25,0	13	43,3	6	42,9	23	38,3
Não	12	75,0	17	56,7	8	57,1	37	61,7
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 6. Existência de Dislipidemia nos diferentes grupos e na amostra total

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	4	25,0	8	26,7	3	21,4	15	25,0
Não	12	75,0	22	73,3	11	78,6	45	75,0
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 7. Existência de Hipertensão Arterial nos diferentes grupos e na amostra total

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	1	6,3	1	3,3	1	7,1	3	5,0
Não	15	93,7	29	96,7	13	92,9	57	95,0
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 8. Existência de Doença Cardiovascular nos diferentes grupos e na amostra total

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	2	12,5	3	10,0	0	0,0	5	8,3
Não	14	87,5	27	90,0	14	100,0	55	91,7
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 9. Existência de Doença Gastrointestinal nos diferentes grupos e na amostra total

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	1	6,3	2	6,7	0	0,0	3	5,0
Não	15	93,8	28	93,3	14	100,0	57	95,0
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 10. Existência de Doença Renal nos diferentes grupos e na amostra total

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	0	0,0	3	10,0	1	7,1	4	6,7
Não	16	100,0	27	90,0	13	92,9	56	93,3
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 11. Existência de Doença Hepática nos diferentes grupos e na amostra total

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	2	12,5	6	20,0	1	7,1	9	15,0
Não	14	87,5	24	80,0	13	92,9	51	85,0
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 12. Existência de Doenças Articulares nos diferentes grupos e na amostra total

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	0	0,0	1	3,3	3	21,4	4	6,7
Não	16	100,0	29	96,7	11	78,6	56	93,3
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 13. Existência de Insuficiência Venosa/Linfática nos diferentes grupos e na amostra total

Em relação a outras patologias referidas pelas doentes, distribuem-se do seguinte modo:

Outras Patologias	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Acromegalia					1	7,1	1	1,7
Artrite Reumatóide					1	7,1	1	1,7
Bócio	1	6,3	1	3,3			2	3,3
Doenças Ósseas			1	3,3			1	1,7
Patologia tiroideia	1	6,3	1	3,3			2	3,3
Sem outras patologias	14	87,4	27	90,1	12	85,8	53	88,3
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 14. Existência de Outras Patologias associadas nos diferentes grupos e na amostra total

Para as perturbações psicológicas nomeou-se a ansiedade, depressão e stress. Nos inquiridos não se verificou a presença de nenhuma outra patologia do foro psicológico. Assim, e respectivamente, analisa-se a existência destas perturbações nos grupos e na amostra total.

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	6	37,5	10	33,3	2	14,3	18	30,0
Não	10	62,5	20	66,7	12	85,7	42	70,0
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 15. Existência de Ansiedade nos diferentes grupos e na amostra total

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	4	25,0	5	16,7	1	7,1	10	16,7
Não	12	75,0	25	83,3	13	92,9	50	83,3
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 16. Existência de Depressão nos diferentes grupos e na amostra total

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	2	12,5	4	13,3	1	7,1	7	11,7
Não	14	87,5	26	86,7	13	92,9	53	88,3
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 17. Existência de Stress nos diferentes grupos e na amostra total

O grupo de doentes que frequentou a consulta pela primeira vez (Grupo 1) apresentou um peso médio de $86,69 \pm 11,41$ kg, enquanto o Grupo 2A e Grupo 2B, revelaram um peso médio aquando da primeira consulta (peso inicial), respectivamente, de $83,73 \pm 9,94$ kg e $86,86 \pm 17,24$ kg. Nestes últimos dois grupos

registou-se o peso actual, ou seja, peso existente no momento da administração do inquérito, a fim de se comparar a evolução dos pesos. Deste modo verificou-se que o peso actual médio para o Grupo 2A foi de $81,63 \pm 10,71$ kg, e para o Grupo 2B de $86,07 \pm 15,43$ kg. No Grupo 1, o peso actual corresponde ao peso inicial. Comparando os grupos 1 e 2A, Grupos 1 e 2B e Grupos 2A com 2B não se verificaram resultados estatisticamente significativos na diferença entre os pesos actuais, não tendo assim relevância o tempo de duração da consulta na manifestação actual de peso.

De acordo com os registos consecutivos de pesos ao longo das consultas, constantes no processo clínico da doente, pôde-se analisar a evolução que o peso sofreu. Assim, perante as hipóteses apresentadas no inquérito, verifica-se que para o Grupo 2A, a maior percentagem de doentes diminuiu de peso (43,3%), enquanto no Grupo 2B a oscilação de peso foi a hipótese mais relevante (50,0%). A amostra total é influenciada pelo número de doentes do grupo 1 que, por apenas referirem um peso (peso actual = peso inicial), se incluíram na categoria peso "*Mantido*". Assim, ao indicar-se o Grupo 2A+2B, exclui-se este viés de análise, permitindo ter uma visão mais real da relação entre categorias.

	Grupo 2A		Grupo 2B		Grupo 2A + 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aumentado	6	20,0	2	14,3	8	18,2	8	13,3
Diminuído	13	43,3	3	21,4	16	36,4	16	26,7
Mantido	5	16,7	2	14,3	7	15,9	23	38,3
Oscilado	6	20,0	7	50,0	13	29,5	13	21,7
TOTAL	30	100,0	14	100,0	44	100,0	60	100,0

Quadro 18. Variação entre o peso inicial e o peso actual para os grupos 2A, 2B, 2A+2B e amostra total

Com a indicação dos parâmetros antropométricos peso e estatura, pode-se calcular o Índice de Massa Corporal e classificar os diferentes grupos de acordo com a Organização Mundial de Saúde.¹⁸

Classificação da OMS	IMC (kg/m ²)
Baixo Peso	<18,5
Peso Normal	18,5-24,9
Excesso de Peso	25,0-29,9
Obesidade	≥30,0
Obesidade Classe I (Moderada)	30,0-34,9
Obesidade Classe II (Severa)	35,0-39,9
Obesidade Classe III (Muito Severa)	≥40,0

Quadro 19. Classificação do peso de acordo com os valores de IMC, segundo a OMS¹⁸

Assim, com os pesos iniciais e actuais, e com a estatura, calculou-se o IMC para o peso inicial e o IMC para o peso actual. Neste caso, foi considerado o peso do Grupo 1 como peso inicial, ou seja, não sujeito a qualquer intervenção nutricional. Observa-se que inicialmente (peso inicial) na amostra total, o maior número de doentes se insere na categoria de Obesidade Moderada (Classe I), com 41,7% dos casos (25 doentes). Quando se restringe os resultados apenas aos Grupos 2A + 2B, o que se vê é que, em relação ao peso inicial a categoria mais numerosa é também a que se refere a Obesidade Classe I (19 casos - 43,2%), o que se mantém em relação ao peso actual (21 casos - 47,7%). Não se pode avaliar, em relação ao peso actual, o grupo 1, e por conseguinte a amostra total, uma vez que só há referência a um peso (uma única consulta).

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Grupo 2A+2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Excesso de Peso	3	18,8	5	16,7	6	42,9	11	25,0	14	23,3
Obesidade Classe I	6	37,5	17	56,7	2	14,3	19	43,2	25	41,7
Obesidade Classe II	5	31,2	7	23,3	3	21,4	10	22,7	15	25,0
Obesidade Classe III	2	12,5	1	3,3	3	21,4	4	9,1	6	10,0
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	44	100,0	60	100,0

Quadro 20. Distribuição e classificação do peso segundo os valores de IMC da OMS, para os diferentes grupos e para a amostra total – Peso Inicial

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Grupo 2A+2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Excesso de Peso	-	-	6	20,0	4	28,6	10	22,7	-	-
Obesidade Classe I	-	-	16	53,4	5	35,7	21	47,7	-	-
Obesidade Classe II	-	-	7	23,3	2	14,3	9	20,5	-	-
Obesidade Classe III	-	-	1	3,3	3	21,4	4	9,1	-	-
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	44	100,0	60	100,0

Quadro 21. Distribuição e classificação do peso segundo os valores de IMC da OMS, para os diferentes grupos – Peso Actual

Na segunda parte do inquérito, o peso desejado mostrou uma média de $68,69 \pm 9,32$ kg para o grupo 1, $68,90 \pm 8,19$ kg para o grupo 2A e $72,07 \pm 10,29$ kg para o grupo 2B. Não se verificam diferenças significativas entre grupos em relação ao peso desejado com $p=0,939$ entre os grupos 1 e 2A, $p=0,356$ entre os grupos 1 e 2B, e $p=0,323$ entre os grupos 2A e 2B.

O peso máximo atingido pelos grupos revela que o grupo 1 alcançou, em média, os $84,38 \pm 12,80$ kg, o grupo 2A $87,07 \pm 11,08$ kg e o grupo 2B os $92,07 \pm 18,73$ kg.

Assim, e comparando o peso actual, peso desejado e peso máximo verifica-se que as doentes seguidas há mais tempo referiram um peso máximo mais elevado que as outras doentes inquiridas, assim como apresentaram um peso inicial também superior. Em relação ao peso desejado são mais contidas, querendo reduzir o peso, em média, em menor grandeza que as doentes dos outros grupos. As doentes que vão à consulta pela primeira vez desejam o peso mais baixo de todos os grupos, referindo um peso máximo inferior às restantes doentes.

	Peso inicial	Peso actual	Peso desejado	Peso máximo
Grupo 1	86,69±11,41kg	-	68,69±9,32kg	84,38±12,80kg
Grupo 2A	83,73±9,94kg	81,63±10,71kg	68,90±8,19kg	87,07±11,08kg
Grupo 2B	86,86±17,24kg	86,07±15,43kg	72,07±10,29kg	92,07±18,73kg
Amostra total	85,25±12,23kg	-	69,58±8,96kg	87,52±13,68kg

Quadro 22. Comparação entre peso inicial, peso actual, peso desejado e peso máximo nos diferentes grupos e amostra total

Na questão 3 pedia-se que a amostra seleccionasse uma categoria de entre as possíveis, que descrevesse melhor o seu estado actual de peso. Se por um lado o grupo 2A estava a perder peso, ou este se encontrava estabilizado mas com desejo que diminuísse, o grupo 2B já se destaca bastante como estando a perder peso. O grupo 1 apresenta outra tendência: empata os valores correspondentes a ganhar peso e a mantê-lo com desejo de perder.

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"Estou a perder peso"	2	12,4	10	33,3	8	57,2	20	33,3
"Estou a ganhar peso"	7	43,8	6	20,0	3	21,4	16	26,7
"O peso está estabilizado e estou satisfeita"	0	0,0	2	6,7	0	0,0	2	3,3
"O peso está estabilizado mas gostaria de perder peso"	7	43,8	12	40,0	3	21,4	22	36,7
"O peso está estabilizado mas gostaria de aumentar de peso"	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 23. "Como descreveria o seu estado actual de peso?"

Na questão seguinte, perguntava-se acerca da frequência com que as doentes faziam dieta. As respostas foram variadas dentre as hipóteses apresentadas, com maior incidência para as categorias de "Às vezes" e "Frequentemente".

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"Nunca"	2	12,5	2	6,7	2	14,3	6	10,0
"Raramente"	5	31,2	3	10,0	2	14,3	10	16,7
"Às vezes"	6	37,5	9	30,0	3	21,4	18	30,0
"Frequentemente"	2	12,5	10	33,3	3	21,4	15	25,0
"Sempre"	1	6,3	6	20,0	4	28,6	11	18,3
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 24. "Quantas vezes faz dieta?"

Ao relacionar a questão 3 com a 4, tentou encontrar-se uma correlação entre a frequência de presença de dieta e o estado de peso das doentes, que se revelou infrutífera, uma vez que as médias tendem a ser iguais e por isso a diferença entre as variáveis não é significativa ($p=0,834$).

Em seguida, indagava-se a amostra sobre a variação de peso que teria ocorrido nos últimos 5 anos e propunham-se intervalos de valores.

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"0 – 2kg"	3	18,7	4	13,3	1	7,1	8	13,3
"3 – 4kg"	2	12,5	4	13,3	1	7,1	7	11,7
"5 – 9kg"	5	31,3	4	13,3	9	64,4	18	30,0
"10-20kg"	6	37,5	14	46,6	3	21,4	23	38,3
"+ 20kg"	0	0,0	4	13,3	0	0,0	4	6,7
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 25. "Nos últimos 5 anos, quanto é que o seu peso variou?"

Ao cruzar as questões 4 e 5 em relação à amostra total, os resultados obtidos são muito dispersos, não havendo diferenças estatisticamente

significativas entre categorias ($p=0,748$). Assim, não se estabelece um padrão entre o peso perdido e o tempo que a doente esteve de dieta.

Na questão 6, colocavam-se algumas afirmações que descreviam padrões de consumo reais em relação aos desejados. Em geral, a amostra referiu ingerir “Menos comida do que eu gostaria...”, logo seguida, a uma distância pequena, de “Um pouco menos de comida do que eu gostaria...”, mostrando que as doentes inquiridas não apresentavam, mesmo estando de dieta, um regime alimentar muito restritivo. De realçar que a maior fatia de doentes que optou pela afirmação 4 (“Eu como o que eu quero quando tenho vontade de comer”), pertence ao grupo 1 (primeira consulta), embora as respostas dentro deste grupo se repartam por todas as afirmações.

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>"Um pouco menos de comida do que eu gostaria de ingerir"</i>	6	37,5	6	20,0	6	42,9	18	30,0
<i>"Menos comida do que eu gostaria de ingerir"</i>	3	18,8	15	50,0	4	28,6	22	36,7
<i>"Bastante menos comida do que eu gostaria de ingerir"</i>	1	6,3	4	13,3	3	21,4	8	13,3
<i>"Eu como o que eu quero quando tenho vontade de comer"</i>	5	31,3	4	13,3	1	7,1	10	16,7
Sem resposta	1	6,3	1	3,3	0	0,0	2	3,3
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 26. "Qual destas afirmações melhor descreve a quantidade de comida que ingere normalmente?"

Foi-se ver uma possível relação entre a quantidade de comida ingerida e o estado actual de peso, ou seja se uma doente que estava a perder peso teria uma alimentação mais restritiva; no entanto esta relação não se mostrou significativa ($p=0,117$).

A questão 7 refere-se à estimativa do número de dias em que a doente tentou activamente perder peso. Como os resultados são variados, categorizaram-se posteriormente os dias de dieta em intervalos de amplitudes diferentes, de acordo com a conveniência. A maior parte das doentes que se encontrava, no momento da aplicação do inquérito, em regime de perda de peso, fazia-o há mais de 4 meses, indo até 1 ano. É estatisticamente significativa a diferença entre os grupos 1 e 2A ($p=0,011$) e entre o grupo 1 e 2B ($p=0,012$), já o mesmo não é verdade entre o grupo 2A e 2B ($p=0,820$). De relevância é também o facto das percentagens elevadas na ausência de resposta.

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
[0 - 15 dias]	1	6,3	2	6,7	1	7,1	4	6,7
[16 - 30 dias]	2	12,5	3	10	3	21,4	8	13,3
[31 - 60 dias]	1	6,3	2	6,7	1	7,1	4	6,7
[61- 120 dias]	0	0,0	4	13,3	0	0,0	4	6,7
[121 - 365 dias]	0	0,0	9	30	4	28,6	13	21,7
[366 ou mais dias]	0	0,0	0	0,0	1	7,1	1	1,7
Sem resposta	12	75,0	10	33,3	4,	28,6	26	43,3
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 27. "Se esteve de dieta no último ano, estime por favor o nº de dias em que tentou activamente perder peso."

Na questão 8 pretendia-se avaliar como o peso variaria caso a amostra comesse de acordo com a sua vontade, sem qualquer restrição de ordem alimentar. Verifica-se a massiva incidência na hipótese "Ganharia peso", sendo cada vez mais acentuada esta escolha conforme o tempo de consulta aumenta. A tendência é pois a mesma em todos os grupos, não havendo diferenças

significativas entre eles ($p=0,620$ entre os grupos 1 e 2A, $p=0,106$ entre os grupos 1 e 2B, $p=0,318$ entre os grupos 2A e 2B).

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"Perderia peso"	0	0,0	2	6,7	0	0,0	2	3,3
"Não alteraria o peso"	5	31,3	3	10,0	1	7,1	9	15,0
"Ganharia peso"	11	68,8	25	83,3	13	92,9	49	81,7
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 28. "Se comesse a quantidade de comida que desejasse sempre que tivesse vontade, como pensa que o seu peso variaria?"

A questão 9 é dependente da anterior, na medida em que só as pessoas que optaram pela categoria "Ganharia peso" na questão 8 teriam de responder a esta pergunta. A amostra revelou que, em geral, aumentaria entre 3 a 10kg, caso tivesse uma alimentação a gosto; no entanto um número expressivo de doentes pensa que aumentaria mais de 20kg sem restrições alimentares.

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"0 – 2kg"	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	1,7
"3 – 6kg"	5	31,3	10	33,3	5	35,7	20	33,3
"7 – 10kg"	3	18,8	7	23,3	6	42,9	16	26,7
"11 – 20kgr"	1	6,3	1	3,3	1	7,1	3	5,0
" + 20kg"	0	0,0	3	10,0	1	7,1	4	6,7
Nº de pessoas que não teria de responder	7	43,8	8	26,7	1	7,1	16	26,7
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 29. "Se respondeu "Ganharia peso", estime por favor, quantos quilos seriam."

Quando se interpelavam as doentes a fim de se descobrir se estavam em dieta, e esta foi definida como uma limitação da ingestão alimentar para manter ou perder peso (questão 10) verificou-se que muitas delas (18 doentes – 30% da amostra total) não se consideravam efectivamente de dieta. O destaque vai para o grupo de primeira consulta que, em termos percentuais, apresentou superioridade na categoria “Não” (56,3%) em relação aos outros grupos. Apesar de ser significativa a diferença entre o grupo 1 e 2A ($p=0,012$) nas respostas dadas, o mesmo não se passa entre os grupos 1 e 2B ($p=0,076$) e entre 2A e 2B ($p=0,831$).

Ao associar esta questão com a 4 (“Quantas vezes faz dieta?”), pretendia-se averiguar alguma relação entre a adopção de uma dieta e a sua frequência. Contudo, esta não existe, uma vez que os resultados mostram uma tendência semelhante em todas as categorias, qualquer que seja a hipótese apontada.

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
“Sim”	7	43,8	24	80,0	10	71,4	41	68,3
“Não”	9	56,3	6	20,0	3	21,4	18	30,0
Sem resposta	0	0,0	0	0,0	1	7,2	1	1,7
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 30. “Considera-se em “dieta”, na medida em que limita a sua ingestão alimentar para manter ou perder peso?”

Em seguida inquiria-se a amostra acerca do nível de restrição alimentar nos últimos 10 anos, e se esta tinha variado. Verifica-se que mais de 70% das respostas indicam uma restrição alimentar presente mais acentuada que no passado. Existem, todavia, algumas doentes que fazem uma alimentação mais liberal actualmente, mesmo seguidas na consulta há algum tempo.

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"Muito mais restritivo agora comparado com há 10 anos atrás"	6	37,5	12	40,0	4	28,6	22	36,7
"Um pouco mais restritivo agora comparado com há 10 anos atrás"	5	31,3	11	36,7	6	42,9	22	36,7
"A restrição não variou"	4	25,0	1	3,3	1	7,1	6	10,0
"Um pouco menos restritivo agora comparado com há 10 anos atrás"	1	6,3	1	3,3	1	7,1	3	5,0
"Muito menos restritivo agora comparado com há 10 anos atrás"	0	0,0	3	10,0	1	7,1	4	6,7
Sem resposta	0	0,0	2	6,7	1	7,1	3	5,0
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 31. "Qual das seguintes afirmações melhor descreve como o seu nível de restrição alimentar variou nos últimos 10 anos?"

Não se observa nenhuma relação entre esta questão e a questão 6 (*"Qual destas afirmações melhor descreve a quantidade de comida que ingere normalmente?"*) apesar de ambas focarem o regime alimentar que as doentes praticam actualmente. As respostas distribuem-se de forma relativamente uniforme quando se cruzam estas duas variáveis.

A resposta à questão 12 incluía a recordação de pesos passados em faixas etárias consecutivas e a escolha de uma afirmação referente à ingestão alimentar praticada nessas idades. A análise destes resultados não é tão objectiva, na medida em que nem toda a amostra teria de completar todos os espaços pedidos. Por outras palavras, uma pessoa de 50 anos, por exemplo, não poderia responder ao peso que teria na faixa etária dos 55-60 anos. Assim, até à faixa etária dos 40-49 anos, toda a amostra teria que responder, uma vez que ela se encontra entre os 45-65 anos; a partir daqui, foram descontadas as pessoas que não teriam de responder.

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
20-29 anos	57,50±9,65kg		57,22±8,79kg		58,18±11,66kg		57,52±9,54kg	
Resposta/ Não resposta	14 (87,5%)	2 (12,5%)	23 (76,7%)	7 (23,3%)	11 (78,6%)	3 (21,4%)	48 (80,0%)	12 (20,0%)
30-39 anos	66,43±10,38kg		60,90±16,30kg		71,82±16,12kg		65,20±15,06kg	
Resposta/ Não resposta	14 (87,5%)	2 (12,5%)	21 (70,0%)	9 (30,0%)	11 (78,6%)	3 (21,4%)	46 (76,7%)	14 (23,3%)
40-49 anos	79,64±12,89kg		73,62±8,12kg		70,60±15,03kg		74,82±11,721kg	
Resposta /Não resposta	14 (87,5%)	2 (12,5%)	21 (70,0%)	9 (30,0%)	10 (71,4%)	4 (28,6%)	45 (75,0%)	15 (25,0%)

Quadro 32. Médias de pesos recordados nas faixas etárias dos 20-29 anos, 30-39 anos e 40-49 anos, e respectiva percentagem de não resposta, nos diferentes grupos e na amostra total

Verifica-se um aumento gradual do peso médio com a idade, qualquer que seja o grupo observado, de mais ou menos 10 kg por década. Esta subida é mais acentuada no grupo 1, no entanto, no grupo seguido há mais de 2 anos vê-se uma subida mais drástica quando se passa dos 20-29 para os 30-39 anos.

Para o peso recordado da faixa etária dos 50-55 anos não interessam as pessoas com menos de 50 anos. Após contagem, verificou-se que a taxa de não resposta foi de 36,6% (15 doentes), tendo respondido 26 doentes (63,4%), o que fez um total de 41 doentes na condição de terem 50 ou mais anos. As restantes 19 doentes apresentavam idade inferior.

Para a faixa etária dos 55-60 anos, as pessoas com menos de 55 anos não teriam de responder. Assim, dentro da condição de terem 55 ou mais anos, observou-se que 52,2% (12 doentes) respondeu e 47,8% não respondeu (11 doentes), tendo as restantes 37 doentes idade inferior.

O mesmo procedimento se repete para a faixa etária dos 60-65 anos, onde todas as pessoas com menos de 60 anos são excluídas da contagem. A percentagem de resposta foi de 55,6% (5 doentes) e de não resposta 44,4% (4 doentes). 51 doentes tinham idade inferior a 60 anos.

	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Total de doentes no intervalo de idades	
50-55 anos	75,17±11,32kg		76,62±10,61kg		79,00±12,70kg		76,92±10,97kg	
Resposta/ Não resposta	6 (54,5%)	5 (45,5%)	13 (68,4%)	6 (31,6%)	7 (63,6%)	4 (36,4%)	26 (63,4%)	15 (36,6%)
55-60 anos	72,25±1,71kg		84,33±9,25kg		95,00±7,07kg		82,08±10,60kg	
Resposta/ Não resposta	4 (66,7%)	2 (33,3%)	6 (46,2%)	7 (53,8%)	2 (50,0%)	2 (50,0%)	12 (52,2%)	11 (47,8%)
60-65 anos	70,00±0,00kg		86,00±3,61kg		-		79,60±9,13kg	
Resposta /Não resposta	2 (100,0%)	0 (0,0%)	3 (60,0%)	2 (40,0%)	0 (0,0%)	2 (100,0%)	5 (55,6%)	4 (44,4%)

Quadro 33. Médias de pesos recordados nas faixas etárias dos 50-55 anos, 55-60 anos e 60-65 anos, e respectiva percentagem de não resposta, nos diferentes grupos e na amostra total

A partir dos 50 anos o aumento marcado de peso com os anos faz destacar novamente o grupo 2B. A tendência oposta verifica-se no grupo 1, onde o peso diminui neste espaço de 15 anos.

Comparando a evolução total desde os 20 até aos 65 anos, nota-se nitidamente o aumento gradual de peso, com cerca de 60kg aos 20 anos, chegando perto dos 90kg na sexta década de vida.

O passo seguinte, ainda nesta questão, era indicar a afirmação relacionada com o padrão quantitativo de ingestão alimentar referente a cada uma das faixas etárias mencionadas. Do mesmo modo que para os pesos recordados, houve necessidade de excluir o número de pessoas que não teriam de responder à afirmação correspondente a alguns dos intervalos de idades por não apresentarem a idade suficiente.

Para as primeira três faixas etárias, temos que:

20-29 anos	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"Eu comia o que eu queria quando eu queria"	14	87,5	20	66,7	11	78,6	45	75,0

"Eu comia bastante menos comida do que eu queria"	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
"Eu comia menos comida do que eu queria"	0	0,0	4	13,3	1	7,1	5	8,3
"Eu comia um pouco menos comida do que eu queria"	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	1,7
Sem resposta	2	12,5	5	16,7	2	14,3	9	15,0
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0
30-39 anos	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"Eu comia o que eu queria quando eu queria"	10	62,5	14	46,7	10	71,4	34	56,7
"Eu comia bastante menos comida do que eu queria"	1	6,3	2	6,7	0	0,0	3	5,0
"Eu comia menos comida do que eu queria"	1	6,3	5	16,7	1	7,1	7	11,7
"Eu comia um pouco menos comida do que eu queria"	2	12,5	2	6,7	0	0,0	4	6,7
Sem resposta	2	12,5	7	23,3	3	21,4	12	20,0
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0
40-49 anos	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"Eu comia o que eu queria quando eu queria"	3	18,8	5	16,7	4	28,6	12	20,0
"Eu comia bastante menos comida do que eu queria"	2	12,5	4	13,3	2	14,3	8	13,3
"Eu comia menos comida do que eu queria"	7	43,8	7	23,3	2	14,3	16	26,7
"Eu comia um pouco menos comida do que eu queria"	2	12,5	6	20,0	2	14,3	10	16,7
Sem resposta	2	12,5	8	26,7	4	28,6	14	23,3
TOTAL	16	100,0	30	100,0	14	100,0	60	100,0

Quadro 34. Frequências das afirmações respeitantes às faixas etárias dos 20-29 anos, 30-39 anos e 40-49 anos e respectiva percentagem de não resposta, nos diferentes grupos e na amostra total

Analisando os dados, é relevante o facto das pessoas, numa primeira fase comerem tudo aquilo que lhes apetecia, sem condicionalismos de ordem alguma, e com o avançar da idade apresentarem cada vez mais limitações na quantidade de alimentos que ingerem.

A partir da faixa etária dos 50-55 anos, procedeu-se de modo a excluir as pessoas que não teriam de responder às afirmações correspondentes a determinados intervalos de idades.

No intervalo dos 50-55 anos verificou-se uma percentagem de resposta de 45,0% (27 doentes) e 23,3% (14 doentes) não responderam. 19 doentes tinham idade inferior a 50 anos. Das 23 doentes que teriam de responder a afirmação dos 55-60 anos, 12 fê-lo (20,0%) e 11 não o fez (18,3%). Na última afirmação, correspondente ao intervalo dos 60-65 anos, 51 doentes estavam excluídas; das restantes, 5 (8,3%) responderam e 4 (6,7%) não o fizeram.

50-55 anos	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Total no intervalo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"Eu comia o que eu queria quando eu queria"	1	9,1	3	15,8	1	9,1	5	12,2
"Eu comia bastante menos comida do que eu queria"	0	0,0	4	21,1	0	0,0	4	9,8
"Eu comia menos comida do que eu queria"	2	18,2	5	26,3	2	18,2	9	22,0
"Eu comia um pouco menos comida do que eu queria"	3	27,3	2	10,5	4	36,4	9	22,0
Sem resposta	5	45,5	5	26,3	4	36,4	14	34,1
TOTAL	11	100,0	19	100,0	11	100,0	41	100,0
55-60 anos	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Total no intervalo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"Eu comia o que eu queria quando eu queria"	1	16,7	2	15,4	0	0,0	3	13,0
"Eu comia bastante menos comida do que eu queria"	0	0,0	1	7,7	1	25,0	2	8,7
"Eu comia menos comida do que eu queria"	1	16,7	2	15,4	1	25,0	4	17,4
"Eu comia um pouco menos comida do que eu queria"	2	33,3	1	7,7	0	0,0	3	13,0
Sem resposta	2	33,3	7	53,8	2	50,0	11	47,8
TOTAL	6	100,0	13	100,0	4	100,0	23	100,0
60-65 anos	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Total no intervalo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"Eu comia o que eu queria quando eu queria"	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
"Eu comia bastante menos comida do que eu queria"	0	0,0	2	40,0	0	0,0	2	22,2
"Eu comia menos comida do que eu queria"	0	0,0	1	20,0	0	0,0	1	11,1
"Eu comia um pouco menos comida do que eu queria"	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2
Sem resposta	0	0,0	2	40,0	2	100,0	4	44,4
TOTAL	2	100,0	5	100,0	2	100,0	9	100,0

Quadro 35. Frequências das afirmações respeitantes às faixas etárias dos 20-29 anos, 30-39 anos e 40-49 anos e respectiva percentagem de não resposta, nos diferentes grupos e na amostra total

A tendência da limitação crescente na alimentação que se verificava até aos 50 anos mantém-se também agora, até aos 65 anos. Nota-se a incidência das respostas nas hipóteses de "...menos comida..." e "...bastante menos comida..." do que aquela que realmente gostariam de ingerir. A taxa de não resposta nesta questão é elevada, sendo também um factor a considerar nesta análise.

Na questão 13, as afirmações que se revelaram como mais importantes na decisão de adoptar uma dieta de restrição alimentar incluíam aquelas relacionadas com a saúde e com o bem-estar próprio, não sendo grandemente destacadas as hipóteses de influência social.

Para gostar mais de mim	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"Muito importante"	9	56,3	7	23,3	7	50,0	23	38,3
"Importante"	2	12,5	11	36,7	2	14,3	15	25,0
"Medianamente importante"	1	6,3	3	10,0	1	7,1	5	8,3
"Sem grande importância"	2	12,5	2	6,7	1	7,1	5	8,3
Sem Resposta	2	12,5	7	23,3	3	21,4	12	20,0
Para me sentir melhor	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"Muito importante"	11	68,8	14	46,7	8	57,1	33	55,0
"Importante"	3	18,8	10	33,3	4	28,6	17	28,3
"Medianamente importante"	0	0,0	2	6,7	0	0,0	2	3,3
"Sem grande importância"	1	6,3	1	3,3	1	7,1	3	5,0
Sem Resposta	1	6,3	3	10,0	1	7,1	5	8,3
Para perder/controlar o peso	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"Muito importante"	7	43,8	12	40,0	6	42,9	25	41,7
"Importante"	4	25,0	9	30,0	4	28,6	17	28,3
"Medianamente importante"	2	12,5	1	3,3	1	7,1	4	6,7
"Sem grande importância"	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sem Resposta	3	18,8	8	26,7	3	21,4	14	23,3
Porque o médico/nutricionista me indicou	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"Muito importante"	5	31,3	18	60,0	4	28,6	27	45,0
"Importante"	5	31,3	6	20,0	5	35,7	16	26,7
"Medianamente importante"	1	6,3	1	3,3	2	14,3	4	6,7
"Sem grande importância"	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sem Resposta	5	31,3	5	16,7	3	21,4	13	21,7

Para controlar um problema médico	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"Muito importante"	10	62,5	15	50,0	6	42,9	31	51,7
"Importante"	3	18,8	7	23,3	4	28,6	14	23,3
"Medianamente importante"	0	0,0	1	3,3	1	7,1	2	3,3
"Sem grande importância"	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	1,7
Sem Resposta	3	18,8	6	20,0	3	21,4	12	20,0
Para prevenir doenças	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"Muito importante"	9	56,3	20	66,7	7	50,0	36	60,0
"Importante"	5	31,3	4	13,3	2	14,3	11	18,3
"Medianamente importante"	0	0,0	1	3,3	1	7,1	2	3,3
"Sem grande importância"	0	0,0	0	0,0	1	7,1	1	1,7
Sem Resposta	2	12,5	5	16,7	3	21,4	10	16,7
Para que as pessoas parem de implicar comigo	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"Muito importante"	1	6,3	1	3,3	0	0,0	2	3,3
"Importante"	3	18,8	2	6,7	1	7,1	6	10,0
"Medianamente importante"	3	18,8	4	13,3	1	7,1	8	13,3
"Sem grande importância"	6	37,5	15	50,0	9	64,3	30	50,0
Sem Resposta	3	18,8	8	26,7	3	21,4	14	23,3
Para que as pessoas não se aborreçam comigo caso eu não faça dieta	Grupo 1		Grupo 2A		Grupo 2B		Amostra total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
"Muito importante"	1	6,3	2	6,7	0	0,0	3	5,0
"Importante"	5	31,3	2	6,7	1	7,1	8	13,3
"Medianamente importante"	1	6,3	2	6,7	0	0,0	3	5,0
"Sem grande importância"	6	37,5	16	53,3	10	71,4	32	53,3
Sem Resposta	3	18,8	8	26,7	3	21,4	14	23,3

Quadro 36. "Quais destas afirmações considera importantes quando pensa em iniciar uma dieta de restrição alimentar?"

Discussão

Um trabalho que pretende averiguar como uma população atende os conselhos de um profissional de saúde, neste caso um nutricionista, através das suas atitudes e comportamentos, é algo de complicado. Para ajudar nesta tarefa aplicou-se um inquérito a uma amostra de doentes, com o objectivo de clarificar e mostrar em exemplos práticos o modo de agir destas pessoas. As suas características, quer físicas como psicológicas, condicionadas pela patologia que

apresentam, reflectem-se no seu dia-a-dia, traduzindo uma pálida ideia daquilo que pensam e fazem.

No entanto, um inquérito está sempre sujeito a erros e viés de interpretação que não podem ser esquecidos ou menosprezados. Assim, é importante tomar em consideração a pequena amostra seleccionada, o contexto e condições de aplicação do inquérito, e o modo de análise e demonstração dos resultados.⁷ Todos estes parâmetros influenciam as conclusões que se poderão tirar deste trabalho.

Ao rever bibliografia verificam-se bastantes dificuldades em encontrar informação que se centre na associação entre obesidade e doença oncológica na perspectiva do pós-tratamento. Existem bastantes estudos que focam o papel da obesidade como factor de risco ou agravamento de uma doença oncológica, mas como a obesidade é combatida após a fase aguda dos tratamentos e sintomatologia, não é um tema tão explorado.

No entanto, e para o caso do cancro da mama (que perpez 45% da patologia diagnosticada neste inquérito), alguns estudos epidemiológicos debruçaram-se sobre a associação entre a progressão e recorrência deste cancro e factores nutricionais. Chegou-se a dois pontos de destaque: peso corporal relativo, ou seus indicadores (obtido através do IMC, por exemplo) e composição da dieta. Nestes estudos, o peso corporal e a alimentação das pessoas era descrito no momento do diagnóstico ou perto deste, e ao longo do tempo de sobrevivência. Desde a década de 90 que outros estudos focaram esta relação, chegando à conclusão que o aumento de massa corporal ou peso relativo era um factor preponderante na recorrência da doença, taxa de sobrevivência diminuída

ou ambas. Houve, contudo alguns trabalhos que não observaram esta ligação tão directa, e até mesmo o efeito inverso se verificou.¹⁰

Os tratamentos a que foram sujeitas, como a cirurgia e radioterapia, em 86,7% e 51,7% dos casos respectivamente, são mais um factor de agravamento da ansiedade e sintomatologia que apresentam no momento da consulta de Nutrição. A quimioterapia, verificada em 33,3% da amostra, é também responsável pelo aumento de gordura corporal, o que foi comprovado em cinco estudos que mediram as alterações na composição corporal em doentes sujeitas a este tipo de tratamento.¹⁰

No caso de sobreviventes a cancro da mama, as modificações do estilo de vida e as intervenções que visam o controlo de peso envolvem duas situações: uma é se o ganho de peso corporal após o diagnóstico pode ser prevenido nas mulheres que apresentam risco de aumentarem de peso, e a outra é se a perda de peso pode ser conseguida em mulheres que já têm excesso de peso ou são obesas no momento de diagnóstico ou após este ter sido descoberto. Os poucos estudos que testaram as hipóteses do aconselhamento nutricional ou o fomento ao aumento da actividade física poderem prevenir o aumento de peso no período de pós diagnóstico, obtiveram resultados pouco consistentes. Por um lado não se verificam diferenças de peso entre mulheres nos estágios iniciais de cancro da mama sujeitas a aconselhamento nutricional e que seguiram dietas de elevada restrição calórica e o seu respectivo grupo controlo, sem interacções exteriores em relação ao controlo de peso. Por outro lado, noutro estudo feito a mulheres submetidas a quimioterapia e a fazer exercício físico, observaram-se alterações na percentagem de gordura corporal, apesar de não se registarem modificações no peso corporal.¹⁰

No inquérito realizado verificam-se resultados pouco abonatórios ao aconselhamento nutricional realizado na consulta, na medida que não se registam diferenças relevantes entre as doentes seguidas há menos e há mais de 2 anos no que respeita à diferença de pesos inicial e actual (respectivamente, em média, 83,73kg e 86,86kg de peso inicial e 81,63kg e 86,07kg de peso actual). Em relação à evolução do peso, e excluindo o grupo de primeira consulta, que apresenta apenas um valor de peso – peso actual – e que por isso se insere na categoria de peso mantido, apenas 36,4% do número de doentes dos grupos 2A + 2B conseguiu a sua diminuição progressiva, enquanto uma percentagem relativamente aproximada apresenta um peso oscilante (29,5%). Entre estes dois grupos, observa-se, em termos percentuais, uma descida de peso mais marcado no grupo seguido há menos de 2 anos, o que faz supor que as doentes que andam na consulta há mais tempo devem ter desleixado um pouco o aconselhamento nutricional recebido, fazendo esta consulta mais como parte da rotina de consultas de follow-up.

A acrescentar a isto, está o facto do comportamento de peso tipo iô-iô desmoralizar as pessoas, tornando a perda de peso cada vez mais difícil e agravando as co-morbilidades associadas à obesidade.¹⁹ Nesta amostra, a diabetes em 25% dos casos, a dislipidemia em 38,3% dos casos e a hipertensão arterial em 25% dos casos, são as doenças associadas mais em destaque. Outros estudos revelam que este comportamento oscilatório não causa efeitos adversos na composição corporal ou nas tentativas posteriores de perda de peso.⁹

Quando se enquadram as doentes da amostra em categorias de IMC (Índice de Massa Corporal) e se compara a evolução sofrida pelos diferentes

grupos, e novamente aqui excluindo o grupo 1, a categoria predominante mantém-se a mesma na soma dos grupos 2A e 2B – Obesidade Classe I – Moderada (43,2% e 47,7%, respectivamente no peso inicial e no peso actual). Embora se verifique uma diminuição da Obesidade tipo II e a Obesidade tipo III se mantenha, também a categoria de Excesso de Peso diminui, tendendo os resultados finais para um IMC que se situa entre os 30 e os 34,9kg/m². A evolução de peso não apresenta assim uma progressão consistente, observando-se a possível perda de fidelização ao esquema alimentar, à medida que o tempo se prolonga e a doente permanece na consulta.

Estes dados não são estranhos à literatura científica, que confirma estes resultados pouco favoráveis a longo termo, referindo que muito do peso perdido (30-50%) é ganho novamente entre 1 a 3 anos após o tratamento. Aqui o tratamento não cessou, mas a frequência de consulta por vezes é de 6 ou mais meses, havendo assim uma interrupção marcada no seguimento que é feito à doente, pelo que os efeitos na mesma poderão mimetizar os que acontecem após conclusão do tratamento. Esta abordagem comportamental, que se baseia na implementação de melhores hábitos alimentares, aumento do exercício físico e alteração de estilos de vida obtém resultados palpáveis em termos de peso perdido e no melhoramento de depressões, insatisfação com a imagem corporal e baixa auto-estima, no entanto apresenta um pesado revés: não é um tratamento eficaz em termos permanentes,^{8,9,13,19} embora outros afirmem ser esta a direcção mais certa quando se procura a manutenção da perda de peso.⁹

A depressão e outras perturbações psicológicas estão presentes em muitas doentes obesas¹⁹, e este caso não é excepção. Apesar de haver um viés, que é o facto destas pessoas terem de conviver com a doença ou possibilidade da sua

reincidência, o que traz uma grande carga emocional, a obesidade é também fonte independente de muita ansiedade. No inquérito, a depressão estava presente em 16,7% dos casos, a ansiedade em 30% dos casos e o stress em 11,7% dos casos totais, denotando que estas doentes não estão tão afectadas psicologicamente como seria de esperar. Os dados referentes a esta questão foram retirados do processo clínico quando a especialidade de Psicologia era requisitada; no entanto muitas das doentes poderão ter algum tipo de transtorno psicológico não contemplado neste inquérito.

As sobreviventes de cancro são mulheres idênticas às da população em geral, no que concerne a comportamentos alimentares e preocupações com o peso e medidas corporais.¹⁰ Assim, a receptividade à informação que é dada na consulta pode considerar-se semelhante, na medida em que, ao analisar as razões major que levam a doente a ingressar num regime de controlo alimentar, estas poderão ser idênticas às da população obesa em geral. As hipóteses destacadas como “*Importante*” + “*Muito importante*” são as que se relacionam com o sentir-se bem com elas próprias, nomeadamente “*Para gostar mais de mim*” – 63,3%, “*Para me sentir melhor*” – 83,3% e com a preocupação pela saúde como “*Para prevenir doenças*” – 78,3% e “*Para controlar um problema médico*” – 75%. Estes resultados poderão ser entendidos com base no Health Belief Model, que coloca a hipótese dos comportamentos serem modificados de acordo com os resultados esperados de determinada acção e com o valor que o indivíduo atribui a esses resultados.²¹ Logo, se a pessoa espera melhorar de um problema de saúde através da redução de peso, este vai ser o incentivo necessário para a adopção de uma dieta de restrição alimentar.

Quando se questionava acerca da importância que o ambiente familiar e social poderia exercer nesta decisão, as respostas são reveladoras: a hipótese “*Sem grande importância*” é a escolhida por mais de 50% da amostra total. A influência que o nutricionista ou um médico poderá ter nesta decisão não se consegue medir exactamente através das respostas dadas, uma vez que a doente poderá sentir uma ligeira pressão, mesmo o inquérito sendo anónimo, em responder no sentido afirmativo. As categorias de “*Importante*” e “*Muito importante*” somaram um total de 71,7% das respostas dadas. O controlo ou perda de peso foram factores preponderantes em 70% da amostra.

Em relação ao peso desejado o grupo seguido há mais de 2 anos ambiciona atingir um peso superior ao desejado pelos outros grupos; curiosamente este é também o grupo que se destaca com um peso máximo mais elevado. Estes resultados podem ter como explicação plausível um certo desânimo da parte destas doentes, que por um lado não pretendem resultados dificilmente exequíveis por já se terem apercebido das dificuldades que uma dieta de restrição alimentar acarreta e que por outro referem um peso antigo máximo mais elevado para tentar compensar eventuais perdas diminutas de peso ao longo do tempo de seguimento na consulta.

As respostas à questão 3, que se refere ao estado actual de peso das doentes mostram que elas estão a perder peso ou pelo menos têm esse desejo, mesmo que o peso esteja estabilizado.

Quando se pergunta se as pessoas estão de dieta, 56,3% das doentes do grupo 1 dizem que não. Seria de esperar um resultado mais elevado, uma vez que se dirigem pela primeira vez a uma consulta de Nutrição, no entanto, a ideia de dieta é muitas vezes mal interpretada. Nesta questão 10, definiu-se dieta como

um regime alimentar onde existem limitações à ingestão, e muitas pessoas poderão não ter compreendido esta explicação. Assim a resposta poderá não ser totalmente fidedigna ao comportamento alimentar que a doente terá em casa.

Passando à questão 4, acerca da frequência da dieta, o grupo 1 apresenta um valor de 43,7% ao somar as categorias “*Nunca*” e “*Raramente*”, o que está relativamente de acordo com a pergunta anterior. De relevância é também o facto dos grupos 2A e 2B, seguidos em consulta, não escolherem a categoria “*Sempre*” com mais assiduidade: 20,0% e 28,6% respectivamente. A categoria “*Às vezes*” é a mais escolhida, seguindo possivelmente a tendência que as pessoas têm de seleccionar respostas intermédias e por isso mais neutras. Não se estabelece relação entre esta questão e a questão 3, pelo que não há concordância entre quantas vezes a doente está de dieta e se o seu peso está a aumentar ou diminuir.

Na questão 7 perguntava-se quantos dias a doente esteve de dieta no último ano. As respostas foram muito variadas, mas o facto de muitas das doentes não responderem a esta questão também é sintomático. Por um lado, a não resposta poderá significar que não estiveram efectivamente de dieta, por outro, poderá indicar a ignorância relativamente ao tempo em que se sujeitaram a uma dieta alimentar. Novamente se nota, especialmente no grupo seguido há mais de 2 anos, que não assumem a dieta integralmente, pois a percentagem de doentes que assinalaram um número de dias superior a 1 ano cinge-se a 7,1%.

Para seguir com esta linha, indagou-se a amostra acerca de peso perdido nos últimos 5 anos, verificando-se elevada incidência na categoria “*10-20kg*”, especialmente do grupo 2A (46,6%), mas os restantes resultados distribuem-se

pelas categorias sem destaques especiais, pelo que poucas deduções se podem daqui tirar.

Quando se inquiria a amostra acerca dos consumos efectivos em relação aos desejados (questão 6), o que se observa é que a maioria opta por seleccionar as hipóteses que indicam menor ingestão em relação ao pretendido, no entanto 16,7% ainda come o que quer quando tem vontade, sendo que quem engrossa esta categoria é o grupo 1, como seria de esperar. Poucas apresentam uma alimentação bastante restritiva, que se poderia deduzir através da opção pela categoria “...*bastante menos comida...*”; esta hipótese totaliza apenas 13,3% de todas as respostas. Não há qualquer relação entre uma pessoa que assinalou que estava a perder peso na questão 3 e que agora assinalasse uma hipótese de restrição alimentar.

No seguimento desta questão analisa-se a pergunta 8, onde se a pessoa comesse o que quisesse sempre que tivesse vontade ganharia peso em 81,7% dos casos. Não se percebe a hipótese escolhida por 3,3% das doentes que diminuiriam de peso a comer o que lhes apetecesse. Serão obrigadas a comer mais, ou a ter uma alimentação mais diversificada e mais vezes ao dia, de modo a equilibrar o seu regime alimentar diário, e com isto pensarão que vão aumentar de peso? Algumas pessoas, especialmente mulheres, sabedoras daquilo que devem ou não ingerir, preferem eliminar totalmente determinados alimentos da sua dieta do que tentar reduzir a sua ingestão; além disto adoptam uma atitude generalista em relação a grupos de alimentos, banindo-os totalmente da sua alimentação. Com este comportamento pensam reduzir ainda mais o seu peso, e esta ideia radical que possuem pode mesmo representar uma barreira inicial na alteração de comportamentos alimentares.¹⁶

Se pensam que ganhariam peso, este seria de bastantes quilos, 7 a 10kg para 26,7% da amostra e 3 a 6kg para 33,3% das pessoas. Muitas deduzirão estes valores a partir da facilidade com que aumentam de peso, e por esta via, estabelecem um suposto valor dentre as categorias propostas.

A restrição alimentar não é exclusiva das pessoas obesas. A presença de dieta e de limitações alimentares fazem parte do dia a dia de muitas pessoas magras, pelo que a obesidade não é indicação de elevada apreensão em relação ao peso. Deve ser posto o realce nas preocupações inerentes ao excesso de peso e não na questão do peso em si. Nesta linha de ideias, a desinibição em relação à comida que se verifica em muitos obesos pode ser despoletada quando uma situação marcante (emocional, por exemplo) leva à suspensão da auto-imposta inibição na ingestão alimentar, libertando o desejo reprimido de comer, e comer em excesso. E quanto mais rígida for a dieta imposta, maior a susceptibilidade para a sua ruptura.^{3,6,11}

No passado, e neste caso estabeleceu-se um espaço temporal de 10 anos, este nível de restrição alimentar actual existia? 36,7% das doentes afirmam ser muito mais restritivo actualmente que nos anos transactos, 10,0% continuam com o mesmo nível de restrição, enquanto outros 36,7% acham que a restrição actual é um pouco mais significativa que há 10 anos atrás. Quando se cruzam estas questões (questão 6 e 11), que focam a restrição alimentar actual e no passado, não se obtêm associações válidas, pelo que não há concordância entre o que as pessoas dizem acerca do seu nível de restrição alimentar actual numa e noutra questão.

Por último, pedia-se à amostra que recordasse pesos passados e que associasse uma afirmação a cada faixa etária designada. A análise desta questão

envolveu a selecção das pessoas que teriam efectivamente de responder a determinados intervalos de idades e a exclusão daquelas que, por não apresentarem idade suficiente, não teriam, nem poderiam, responder a algumas faixas etárias. A percentagem de não resposta foi elevada, possivelmente pela dificuldade em recordar pesos passados e respectivos comportamentos alimentares, e pela complexidade da questão em si, que envolvia um raciocínio maior e capacidade de decompor a pergunta em duas fases consecutivas.

Muitos estudos se debruçaram sobre a validade do peso passado auto-recordado comparado com o peso passado efectivamente medido, mostrando esta ser de elevada, mas dados sobre a sua reprodutibilidade são ainda poucos. Num estudo de 1998, com a participação de 120 pessoas, onde o objectivo proposto era verificar a reprodutibilidade do peso recordado aos 25 e aos 40 anos, esta foi observada em grau elevado, independentemente de factores conhecidos como bastante influentes quando se pensa em recordar pesos passados (sexo, IMC, idade, educação). No entanto existe a tendência de arredondar os pesos para certos dígitos (0,5), alterando necessariamente a resposta real. A conclusão do estudo é, no entanto, clara: a administração de um único questionário para se obterem informações dos pesos passados parece ser suficiente, pelo menos no que respeita à sua reprodutibilidade.⁴

O que se verificou, nas respostas dadas, foi um aumentar progressivo de peso médio ao longo da vida das pessoas. A excepção nesta tendência do peso médio verifica-se para o grupo 1, que nas faixas etárias a partir dos 50 anos, evolui de forma progressiva no sentido da perda gradual, num espaço medido de 15 anos (até aos 65 anos). Não se desenham explicações possíveis para este facto em comparação com os outros grupos, devendo-se hipoteticamente apenas

ao acaso. Em relação às afirmações, passa-se gradualmente de uma incidência maior na categoria “*Eu comia o que queria...*” nas primeiras décadas de vida para a escolha preferencial das categorias “*Eu comia menos...*” e “*Eu comia bastante menos...*” a partir dos 40 anos. Estes resultados, aliados ao facto do intervalo de idades da amostra se situar entre os 45 e os 65 anos, revelam que os cuidados com a alimentação e a preocupação com o controlo de peso são crescentes com a idade e que possivelmente advêm dos conselhos alimentares e nutricionais dados na consulta de Nutrição.



Conclusão

Tudo o que se vai descobrindo acerca dos comportamentos das pessoas e das razões que as encaminham nessas direcções, não são mais do que pequenos fragmentos do complexo mundo que constitui cada mente humana.

Neste trabalho utilizou-se uma abordagem para analisar como as pessoas encaram a ideia da dieta alimentar, e se esta tem um carácter permanente ou mais efémero, e se a própria ideia da imposição de limitações na ingestão alimentar é recente ou se precede o momento da consulta.

A noção da realidade intersecta-se com o alvo almejado para se observar a reacção e vontades que as doentes oncológicas obesas apresentam nesta etapa da vida delas. Pelos resultados obtidos, a consulta de Nutrição não revela ser um pilar inabalável na prossecução de uma dieta de restrição alimentar, uma vez que se verifica a retoma de peso pouco tempo após o início do declínio deste, situação esta que tende a agravar à medida que o tempo passa e se ultrapassa o limiar dos 2 anos.

Os motivos principais que levam estas doentes a procurar esta ajuda, se bem que encaminhadas por outros técnicos de saúde do hospital, prendem-se com preocupações a nível pessoal, como a prevenção de doenças, a cura ou controlo de outras já existentes, procurando o bem-estar e um sentimento de segurança pelo facto de se saberem a dominar, ou pelo menos a lutar contra a obesidade, e conseqüentemente outras doenças associadas. Observando os dados indicados referentes ao passado, conclui-se que a alimentação, e por conseguinte o peso, eram factores de pouca relevância no quotidiano destas pessoas, por um lado porque havia uma liberalização maior que a actual a nível de restrição alimentar, e por outro lado porque os pesos eram bastante inferiores aos presentes. Actualmente, ainda é elevada a percentagem de doentes que, mesmo frequentando a consulta de Nutrição, não se consideram em dieta e não fazem um controlo tão apertado da sua alimentação como seria aconselhado e esperado. Um número significativo refere mesmo estar a aumentar de peso.

A acrescentar a estes dados, não se verificam associações significativas entre questões que focam o mesmo tema, mostrando pouca coerência nas respostas dadas, advindo deste facto a impossibilidade de afirmar qualquer tipo de conclusão solidamente cimentada.

As limitações presentes, como tamanho amostral reduzido e contexto de aplicação do inquérito discutível, deverão ser contornadas para se obterem resultados mais fiáveis e seguros. Assim, exige-se um trabalho continuado, baseado nos demais, que nos permita dizer com maior segurança o porquê de determinados comportamentos e suas implicações, para que se consigam delinear métodos de intervenção mais eficazes, com resultados mais prometedores.

Bibliografia

1. Pereira MG, Lopes C. O doente oncológico e a sua família. 1ªed. Climepsi Editores; 2002;
2. Go VLW, Wong DA, Butrum R. Diet, Nutrition and Cancer Prevention: Where Are We Going from Here? The American Society for Nutritional Sciences J. Nutr 2001; 131(11):3121S-26S;
3. Aziz NM. Cancer Survivorship Research: Challenge and Opportunity. The American Society for Nutritional Sciences J. Nutr 2002; 132 (11):3494S-503S;
4. Klipstein-Grobusch K, Krok A, Boeing H. Reproducibility of self reported past body weight. Eur J Clin Nutr 1998; 52:525-8;
5. Blundell JE. What foods do people habitually eat? A dilemma for nutrition, an enigma for psychology. Am J Clin Nutr 2000; 71:3-5;
6. Bathalon GP, Tucker KL, Hays NP, Vinken AG, Greenberg AS, McCrory MA et al. Psychological measures of eating behaviour and accuracy of 3 common dietary assessment methods in healthy post-menopausal women. Am J Clin Nutr 2000; 71:739-45;
7. Obayashi S, Bianchi LJ, Song WO. Reliability and Validity of Nutrition Knowledge, Social-Psychological Factors, and Food Label Use Scales from 1995 Diet and Health Knowledge Survey. J Nutr Educ Behav 2003; 35:83-92;
8. Munch S, Biedert E, Keller U. Evaluation of a lifestyle change programme for the treatment of obesity in general practice. Swiss Med WKLY 2003; 133:148-57;
9. Noël PH, Pugh JA. Management of overweight and obese adults. BMJ 2002; 325:757-61;

10. Rock CL, Demark-Wahnefried W. Can Lifestyle Modification Increase Survival in Women Diagnosed with Breast Cancer? *American Society of Nutritional Sciences J Nutr* 2002; 132:3504S-9S;
11. Mela D. Determinants of Food Choice: Relationships with Obesity and Weight Control. *Obes Research* 2001; 9:249S-55S;
12. Moore H, Summerbell CD, Greenwood DC, Tovey P, Griffiths J, Henderson M, et al. Improving management of obesity in primary care: cluster randomised trial. *BMJ* 2003; 327:1-5;
13. Smith CF, Burke LE, Wing RR. Vegetarian and Weight-Loss Diets among Young Adults. *Obes Research* 2000; 8:123-9;
14. Macht M, Simons G. Emotions and eating in everyday life. *Appetite* 2000; 35:65-71;
15. Anderson BL, Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. A Behavioural Model of Cancer Stress and Disease Course. *Am Psych* 1994; 49 (5):389-404;
16. Timperio A, Crawford D, Burns C, Cameron-Smith D. Behaviour and beliefs related to dietary fat are influenced by weight-control status. *J Am Diet Assoc* 2002 January; 102:88-91;
17. Boyle P, Autier P, Bartelink H, Baselga J, Buffetta P, Burn J, et al. European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). *Ann Onc* 2003; 14:973-1005;
18. Labib M. The investigation and management of obesity. *J Clin Pathol* 2003; 56:17-25
19. Devlin MJ, Yanovski SZ, Wilson JT. Obesity: What Mental Health Professionals Need To Know. *Am J Psych* 2000; 157:854-66;

20. Hays NP, Bathalon PG, MacCrory MA, Roubenoff R, Lipman R, Roberts SB. Eating behaviour correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55-65 y. *Am J Clin Nutr* 2002; 75:476-83;
21. Satia JA, Kristal AR, Curry S, Trudeau E. Motivations for healthful dietary change. *Public Health Nutrition* 2001 4 (5):953-9;
22. Bisogni CA, Connors M, Devine CM, Sobal J. Who We Are and How We Eat: A Qualitative Study of Identities in Food Choice. *J Nutr Educ Behav* 2002; 34:128-39;
23. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. *Harrison Medicina Interna*. 15^a ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill; 2002.

Lista de Anexos

Anexo 1. Inquérito de Comportamento Alimentara1

Anexo 2. Representação Gráfica dos Resultados de algumas Questões

Resultados das questões 3 e 4a3

Resultados das questões 5 e 6a4

Resultados das questões 8 e 9a5

Resultados das questões 10 e 11a6



Anexo 1

INQUÉRITO DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR

DADOS PESSOAIS

Inq. nº

Data 1ª consulta ____/____/____

Altura cmPeso inicial kg

Idade _____ anos

Peso actual kgDiagnóstico _____
_____Peso tem:
0- aumentado
1- diminuído
2- mantido
3- oscilado

Tratamentos

<i>Cirurgia</i>	0- <input type="checkbox"/> Não	1- <input type="checkbox"/> Sim
<i>QT</i>	0- <input type="checkbox"/> Não	1- <input type="checkbox"/> Sim
<i>RT</i>	0- <input type="checkbox"/> Não	1- <input type="checkbox"/> Sim

Patologias associadas

<i>Diabetes</i>	0- <input type="checkbox"/> Não	1- <input type="checkbox"/> Sim
<i>Dislipidemia</i>	0- <input type="checkbox"/> Não	1- <input type="checkbox"/> Sim
<i>HTA</i>	0- <input type="checkbox"/> Não	1- <input type="checkbox"/> Sim
<i>D. cardiovascular</i>	0- <input type="checkbox"/> Não	1- <input type="checkbox"/> Sim
<i>D. gastrointestinal</i>	0- <input type="checkbox"/> Não	1- <input type="checkbox"/> Sim
<i>D. renal</i>	0- <input type="checkbox"/> Não	1- <input type="checkbox"/> Sim
<i>D. hepática</i>	0- <input type="checkbox"/> Não	1- <input type="checkbox"/> Sim
<i>D. articulares</i>	0- <input type="checkbox"/> Não	1- <input type="checkbox"/> Sim
<i>Insuf. venosa/linfát.</i>	0- <input type="checkbox"/> Não	1- <input type="checkbox"/> Sim
<i>Outra:</i>	0- <input type="checkbox"/> Não	1- <input type="checkbox"/> Sim

Perturbações psicológicas

<i>Ansiedade</i>	0- <input type="checkbox"/> Não	1- <input type="checkbox"/> Sim
<i>Depressão</i>	0- <input type="checkbox"/> Não	1- <input type="checkbox"/> Sim
<i>Sress</i>	0- <input type="checkbox"/> Não	1- <input type="checkbox"/> Sim
<i>Outro:</i>	0- <input type="checkbox"/> Não	1- <input type="checkbox"/> Sim

INQUÉRITO DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR

1. Peso desejado _____ kg

2. Qual o peso máximo que teve até hoje? (Exceptuando o peso de gravidez e até 1 ano após o nascimento de cada filho).

_____ kg

3. Como descreveria o seu estado actual de peso?

Estou a perder peso.

0- Não

1- Sim

Estou a ganhar peso.

0- Não

1- Sim

O peso está estabilizado e estou satisfeita.

0- Não

1- Sim

O peso está estabilizado mas gostaria de perder peso.

0- Não

1- Sim

O peso está estabilizado mas gostaria de aumentar de peso.

0- Não

1- Sim

4. Quantas vezes faz dieta?

Nunca

0- Não

1- Sim

Raramente

0- Não

1- Sim

Às vezes

0- Não

1- Sim

Frequentemente

0- Não

1- Sim

Sempre

0- Não

1- Sim

5. Nos últimos 5 anos, quanto é que o seu peso variou?

0- 0 - 2 kg

1- 3 - 4 kg

2- 5 - 9 kg

3- 10 - 20 kg

4- + 20 kg

6. Qual destas afirmações melhor descreve a quantidade de comida que ingere normalmente?

0- Um pouco menos de comida do que eu gostaria de ingerir.

1- Menos comida do que eu gostaria de ingerir.

2- Bastante menos comida do que eu gostaria de ingerir.

3- Eu como o que quero quando tenho vontade de comer.

7. Se esteve de dieta no último ano, estime por favor o nº de dias em que tentou activamente perder peso:

_____ dias

8. Se comesse a quantidade de comida que desejasse sempre que tivesse vontade, como pensa que o seu peso variaria?

0- Perderia peso.

1- Não alteraria o peso.

2- Ganharia peso.

9. Se respondeu "Ganharia peso", estime por favor, quantos quilos seriam:

0- 0 - 2 kg

1- 3 - 6 kg

2- 7 - 10 kg

3- 11 - 20 kg

4- + 20 kg

10. Considera-se "em dieta", na medida em que limita a sua ingestão alimentar para manter ou perder peso?

0- Não

1- Sim

11. Qual das seguintes afirmações melhor descreve como o seu nível de restrição alimentar variou nos últimos 10 anos?

0- Muito mais restritivo agora comparado com há 10 anos atrás.

1- Um pouco mais restritivo agora comparado com há 10 anos atrás.

2- A restrição não variou.

3- Um pouco menos restritivo agora comparado com há 10 anos atrás.

4- Muito menos restritivo agora comparado com há 10 anos atrás.

12. Estime, por favor, o seu peso médio para as seguintes faixas etárias; se aplicável, não incluir o peso de gravidez ou peso até 1 ano após o nascimento de cada criança. Indique também qual das afirmações melhor descreve quanta comida ingeria normalmente nesse período, colocando o número da afirmação na coluna correspondente.

1 - Eu comia o que eu queria quando eu queria.

2 - Eu comia bastante menos comida do que eu queria.

3 - Eu comia menos comida do que eu queria.

4 - Eu comia um pouco menos comida do que eu queria.

Faixa etária (anos)	Peso médio	Nº da Afirmação
20-29		
30-39		
40-49		
50-55		
55-60		
60-65		

13. Quais destas afirmações considera importantes quando pensa em iniciar uma dieta de restrição alimentar? (Indique, por favor, o nº correspondente ao grau de importância que atribui a cada afirmação).

1- Muito importante

2- Importante

3- Medianamente importante

4- Sem grande importância

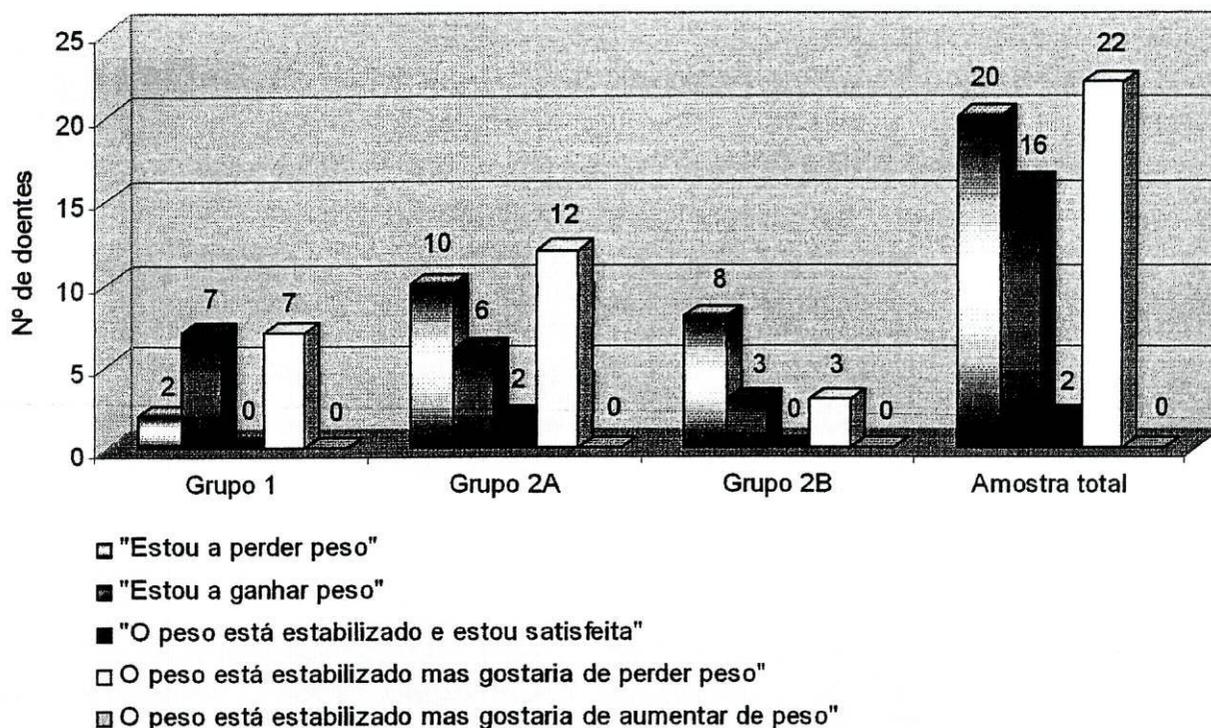
AFIRMAÇÃO	Nº
Para gostar mais de mim	
Para me sentir melhor	
Para perder/controlar o peso	
Porque o médico/nutricionista me indicou	
Para controlar um problema médico	
Para prevenir doenças	
Para que as pessoas parem de implicar comigo	
Para que as pessoas não se aborreçam comigo caso eu não faça dieta	

Muito obrigada pela colaboração!

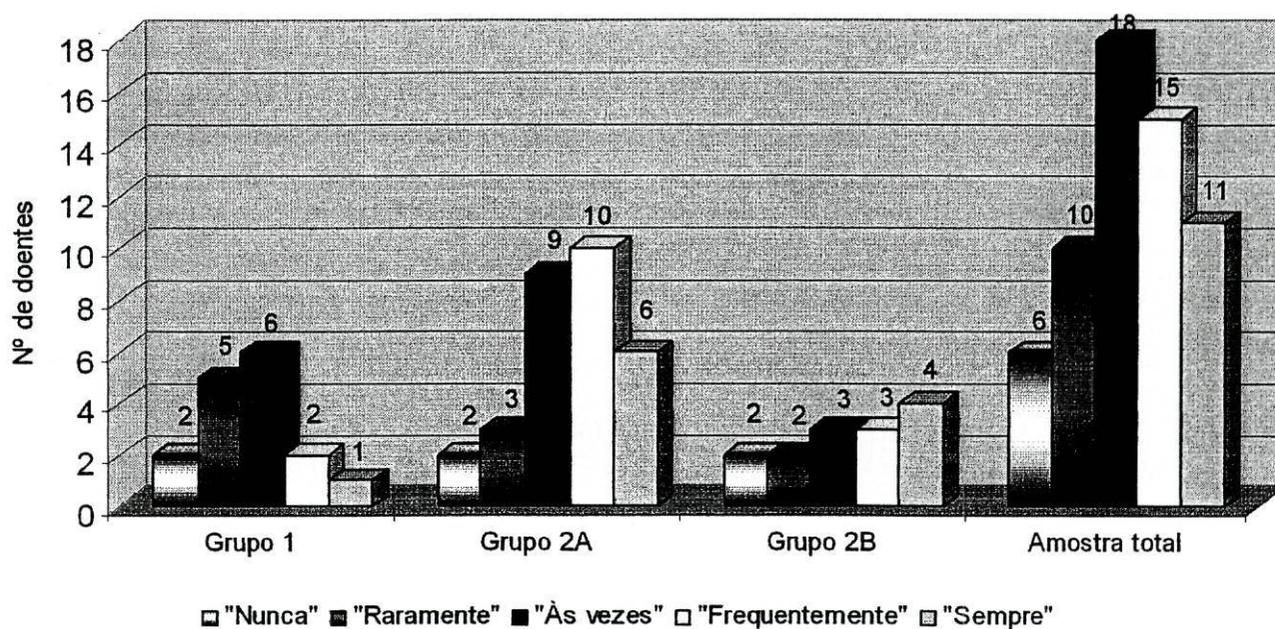


Anexo 2

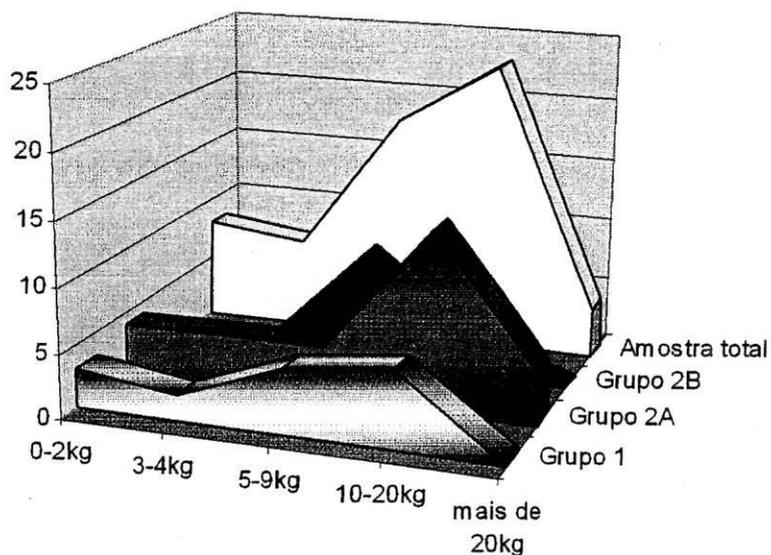
Questão 3 – Como descreveria o seu estado actual de peso?



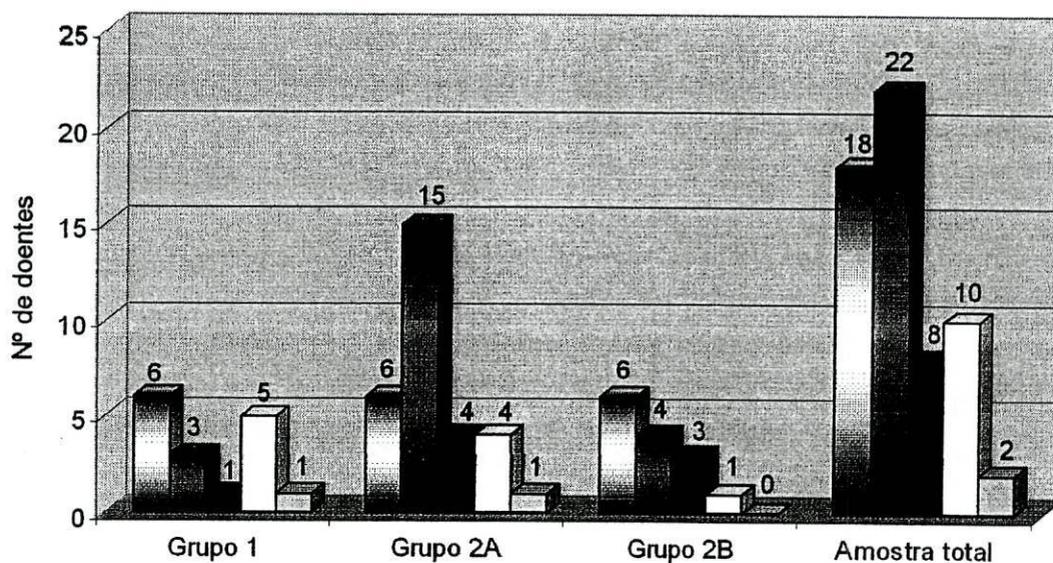
Questão 4 – Quantas vezes faz dieta?



Questão 5 – Nos últimos 5 anos, quanto é que o seu peso variou?

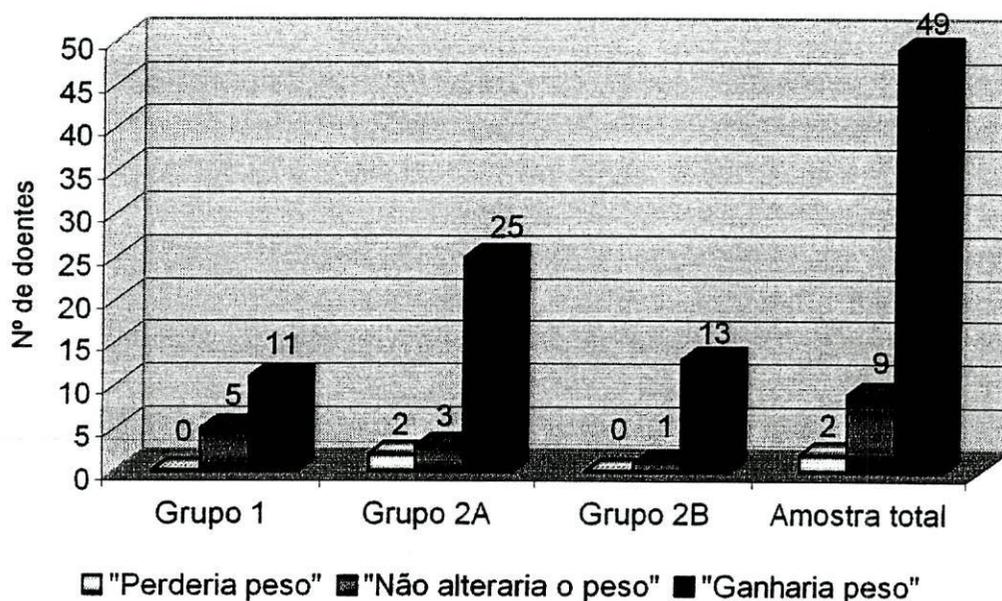


Questão 6 – Qual destas afirmações descreve melhor a quantidade de comida que ingere normalmente?

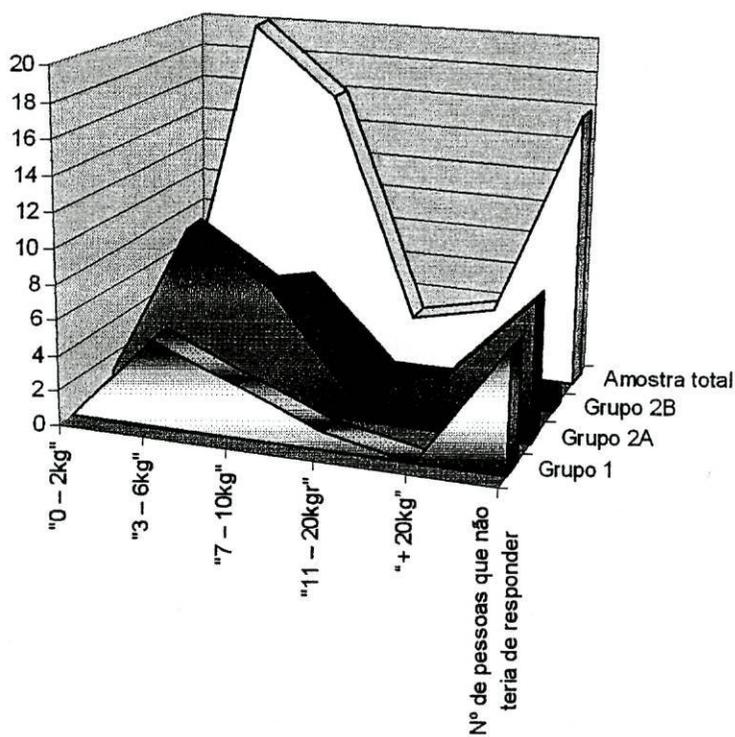


- "Um pouco menos de comida do que eu gostaria de ingerir"
- "Menos comida do que eu gostaria de ingerir"
- "Bastante menos comida do que eu gostaria de ingerir"
- "Eu como o que eu quero quando tenho vontade de comer"
- Sem resposta

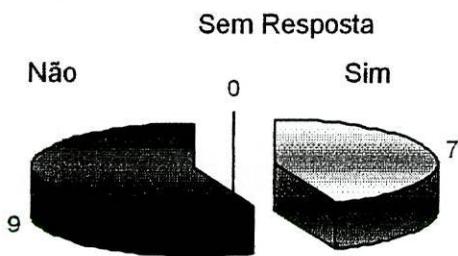
Questão 8 – Se comesse a quantidade que desejasse sempre que tivesse vontade, como pensa que o seu peso variaria?



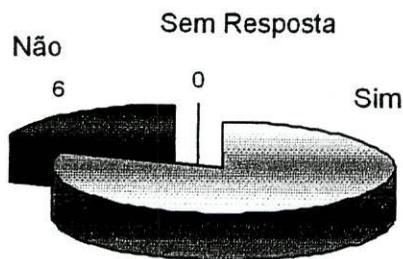
Questão 9 – Se respondeu "Ganharia peso", estime, por favor, quantos quilos seriam.



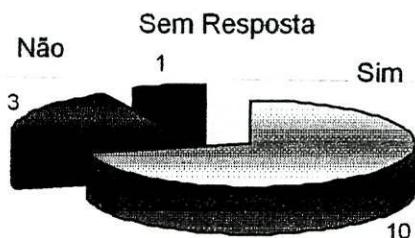
Questão 10 – Considera-se “em dieta”, na medida em que limita a ingestão alimentar para manter ou perder peso?



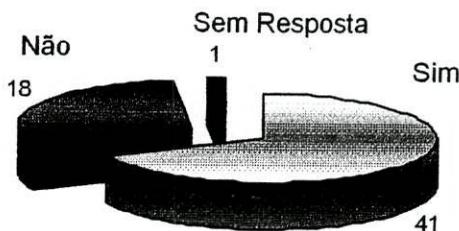
Grupo 1



Grupo 2A

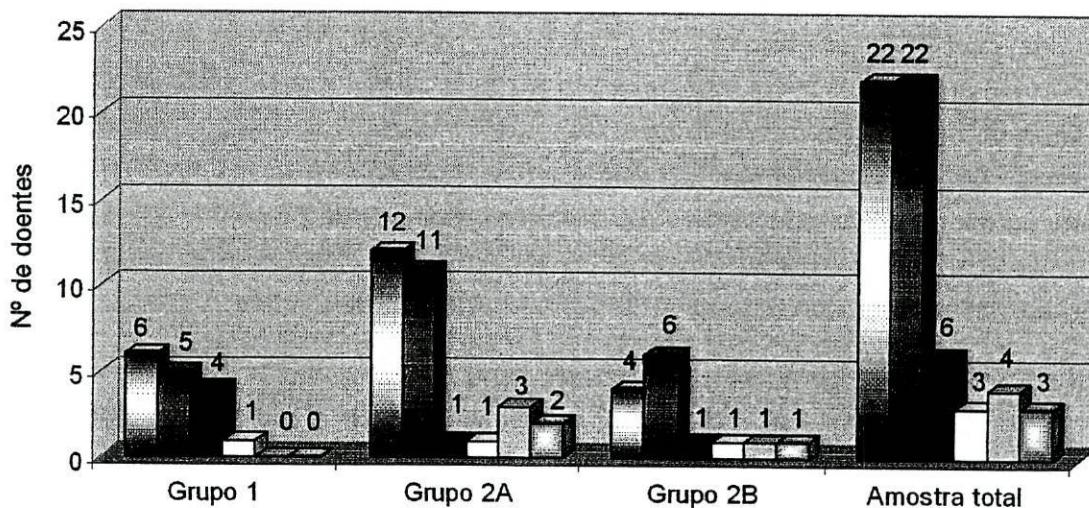


Grupo 2B



Amostra Total

Questão 11 – Qual das afirmações seguintes melhor descreve como o seu nível de restrição alimentar variou nos últimos 10 anos?



- "Muito mais restritivo agora comparado com há 10 anos atrás"
- "Um pouco mais restritivo agora comparado com há 10 anos atrás"
- "A restrição não variou"
- "Um pouco menos restritivo agora comparado com há 10 anos atrás"
- "Muito menos restritivo agora comparado com há 10 anos atrás"
- Sem resposta