



Avaliação Comportamental de uma Amostra de Doentes com Excesso de peso/Obesidade

“Behavioral Evaluation of a Sample of
Overweight/Obese patients”

Trabalho de Investigação

Autor Joana Sofia Pacheco Jardim

Orientado por Professora Doutora Flora Correia

Porto, Julho de 2009

Agradecimentos

Quero gratificar todos aqueles que contribuíram para que a realização deste curso fosse possível, que me fizeram sorrir ao longo da minha vida académica e aqueles que me transmitiram a sua experiência e conhecimento ao longo do estágio:

Aos meus pais e irmãs Patrícia e Catarina e restante família,

Ao meu David,

Às minhas amigas e companheiras de casa, Anabela, Carolina, Joana, Carla,

À minha prima e amiga Sandra,

À minha grande amiga e colega de curso Margarida,

Aos meus colegas de curso e de estágio, Susana, Margarida, Miguel, Luís, Ana, Raquel e Lara,

À minha orientadora, Professora Doutora Flora Correia,

À Mestre Cristina Arteiro e à Dra. Sílvia Pinhão,

Ao Professor Bruno Oliveira e ao Doutor Rui Poinhos.

Índice

Agradecimentos.....	i
Lista de Abreviaturas.....	iv
Resumo.....	v
Palavras-chave.....	vi
Summary.....	vii
Key References.....	viii
Introdução.....	1
Objectivos.....	9
Materiais e Métodos.....	9
Análise Estatística.....	14
Resultados.....	4
Caracterização da Amostra.....	14
Patologias Associadas à Obesidade.....	16
Primeira Avaliação da Amostra.....	17
Avaliação da Composição Corporal.....	17
Correlações entre diferentes variáveis.....	18
Avaliação dos Estádios de Mudança Comportamental, Preparação para Mudar os Hábitos Alimentares e Grau de Dificuldade em Cumprir o Plano Alimentar.....	21
Segunda Avaliação da Amostra.....	23
Reavaliação da Composição Corporal.....	23

Reavaliação dos Estádios de Mudança Comportamental, Preparação para mudar os hábitos alimentares e Grau de dificuldade em cumprir o Plano Alimentar.....	24
Discussão.....	27
Notas finais.....	33
Referências Bibliográficas.....	35

Lista de Abreviaturas

dp – desvio padrão

IMC – Índice de Massa Corporal

n – número de indivíduos

n.s. – não significativo

Pc – perímetro da anca

Pa – perímetro da cintura

Pc/Pa – relação entre os perímetros da cintura e da anca

p – nível de significância crítico para rejeição da hipótese nula

R – coeficiente de correlação de Pearson

ρ - coeficiente de correlação de Spearman

RESUMO

Introdução: O tratamento da obesidade tem revelado elevadas taxas de insucesso, sobretudo devido à falta de adesão do doente à terapia dietética. A motivação do doente para mudar o seu estilo de vida é o factor decisivo para o sucesso da terapêutica da obesidade. O Modelo Transteórico permite avaliar o nível motivacional dos indivíduos através da avaliação dos estádios de mudança comportamental e poderá ser uma ferramenta útil para uma intervenção mais personalizada. Na investigação da avaliação comportamental de doentes com excesso de peso/obesidade, deve-se também estudar a desejabilidade social, pois poderá enviesar os parâmetros avaliados por auto-relato.

Objectivos: (1) Avaliar os estádios de mudança comportamental, nível de preparação para mudar os hábitos alimentares, grau de dificuldade de cumprimento do plano alimentar; (2) Avaliar a desejabilidade social e analisar o seu efeito nos comportamentos avaliados; (3) Analisar a evolução da amostra relativamente aos parâmetros avaliados, passado um mês.

Materiais e Métodos: A amostra deste estudo (observacional, descritivo e longitudinal) foi constituída por 61 doentes. Os critérios de inclusão foram $IMC \geq 25$ kg/m² e idade superior a 18 anos. A amostra foi dividida em três grupos: Grupo I - Primeiras Consultas (n=10), Grupo II - Consultas Subsequentes (n=26) e Grupo Ila - Consultas Subsequentes em tratamento cirúrgico (n=25). Avaliaram-se parâmetros antropométricos e de composição corporal da amostra. Aplicou-se um questionário breve de administração directa para avaliar os Estádios de Mudança em relação ao controlo/perda de peso; questionou-se sobre o nível de preparação para mudar os hábitos alimentares e grau de dificuldade em cumprir o plano alimentar (escalas tipo *Likert*). Aplicou-se o questionário *Marlowe-Crowne Social*

Desirability Scale de administração indirecta, para avaliar a desejabilidade social. Após um mês, reavaliou-se todos os parâmetros da amostra.

Resultados: A média de idades da amostra era de $41,7 \pm 10,4$ anos. Os IMC médios e dp dos grupos eram: grupo I (n=10) = $43,2 \text{ kg/m}^2 \pm 3$; grupo II (n=26) = $37,1 \text{ kg/m}^2 \pm 6,2$; grupo IIa (n=25) = $37 \text{ kg/m}^2 \pm 6$. 86,9% da amostra total estava em Acção e 73,9% dos indivíduos neste estágio, diminuíram de IMC. 3,3% estava em Contemplação e aumentou de IMC. Os restantes 9,8% estavam em Manutenção e diminuiu de IMC. Após um mês, verificamos que 5% dos indivíduos em Acção retrocederam para Pré-contemplação, e 32,5% para Contemplação. 40% dos indivíduos em Manutenção retrocederam para Acção e 60% para Contemplação. Verificou-se que, no espaço de um mês o aumento da preparação para mudar os hábitos alimentares associou-se a uma maior facilidade em cumprir o plano alimentar e também a uma maior perda de peso e diminuição de IMC. A pontuação média na MC-SDS (desejabilidade social) foi semelhante em ambas as avaliações e não se correlacionou com as variáveis estudadas.

Conclusão: Neste estudo não encontramos associação entre a mudança de estágio e a perda de peso/IMC, num mês. A progressão dos estágios também foi pouco evidente. A avaliação da preparação para mudar os hábitos alimentares demonstrou ser uma ferramenta útil no processo terapêutico nutricional da obesidade, pois foi preditor da perda de peso.

Palavras-chave: Terapêutica da Obesidade, Mudança Comportamental, Motivação

SUMMARY

Introduction: One of the biggest causes for the low success rates in weight loss is the lack of commitment of the patients to the treatment. Patients' motivation to change their lifestyle is the key for the success of the obesity therapy. The Transtheoretical Model of behaviour change is used to evaluate de states of change and can be useful for more individual interventions. Scientific studies about behaviours in overweight/obese patients should study social desirability, because it may bias parameters evaluated.

Objectives: (1) evaluate the stages of change, preparation level for food habits changing, level of difficulty to meet the nutrition's prescription; (2) evaluate the social desirability and its effect on parameters evaluated; (3) analyse the differences in the sample on parameters evaluated, one month after the first approach.

Sample and Methods: Descriptive, observational and longitudinal study. Sixty one overweight/obese adult patients were evaluated. The inclusion's parameters were $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ and $\text{age} > 18$ years. The sample was divided into three groups: (I) first appointment ($n=10$), (II) subsequent appointments ($n=26$), (IIa) surgical treatment ($n=25$). The BMI average and sd in each group is (I) $43,2 \text{ kg/m}^2$; $sd=3$ (II) $37,1 \text{ kg/m}^2$; $sd=6.2$ (IIa) $37,0 \text{ kg/m}^2$; $sd=6$. Body composition and anthropometric parameters were evaluated, as well as desired weight, the difficulty rate for following the nutrition's prescription and the preparation level for habits changing (*Likert* scale). BMI, weight they desired to lose and corresponding BMI were calculated. Questionnaire assessing the stages of change were a short version of *Universisty of Rhode Island Change Assessment Scale's*. Social desirability was

evaluated with the *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale*. After a month, the sample was re-evaluated on parameters in study.

Results: Sample mean ages are $4,7 \pm 10,4$ years. Mean BMI and sd in each of group were: group I (n=10) = $43,2 \text{ kg/m}^2 \pm 3$; group II (n=26) = $37,1 \text{ kg/m}^2 \pm 6,2$; group IIa (n=25) = $37 \text{ kg/m}^2 \pm 6$. 86,9% of the total sample were in Action and 73,9% of the individuals in this stage reduced BMI. 3,3% were in Contemplation and increased BMI. 9,8% were in Maintenance and reduced BMI. A month after, it was found that 5% of patient's Action changed to Pre-contemplation and 32,5% changed to Contemplation. 40% of patient's Maintenance changed to Action stage and 60% to Contemplation. It was found that the increase on preparation for food habits changing is associated with more facility to meet the nutrition's prescription and more reduced BMI. The average in social desirability was similar in both evaluations and did not show differences between the studied variables.

Conclusion: In this study we did not find an association between the stage changing and weight loss or reduction of the BMI. The progression of individuals on stages of change was not evident in one month. However, we found that the evaluation of the preparation to changing nutrition habits can be an important and useful method on nutritional therapy of obesity because of its accurate prediction on weight loss.

Key References: Obesity Therapy, Behavioural changes, Motivation

Introdução

A obesidade é um grave problema de Saúde Pública que atinge proporções epidémicas a nível mundial, tendo sido, por isso, considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a epidemia do século XXI ⁽¹⁾. Cerca de 1,2 biliões de pessoas no Mundo têm excesso de peso, sendo 300 milhões obesos mórbidos ⁽²⁾.

Nos Estados Unidos, o excesso de peso/obesidade é a segunda causa de morte, verificando-se que mais de 64% da população adulta sofre deste problema ⁽²⁾. Na Europa a prevalência de excesso de peso é de 41% ⁽³⁾.

As proporções epidémicas da obesidade reflectem as mudanças sociais, económicas, culturais e ambientais sentidas nas últimas décadas. A crescente disponibilidade de alimentos densamente energéticos, associados a um estilo de vida cada vez mais sedentário originaram mudanças no padrão alimentar e no comportamento alimentar ⁽⁴⁾.

Segundo o estudo Nacional da Prevalência da Obesidade em Portugal, a prevalência do excesso de peso/obesidade aumentou de 49,6% para 53,6% na última década, sendo 14,2% da população adulta portuguesa obesa ⁽⁵⁾.

Apesar das estratégias de prevenção e de tratamento que têm sido desenvolvidas no combate à obesidade, a prevalência da obesidade continua a aumentar ⁽⁶⁾. Em Portugal 31% das crianças portuguesas entre os 7 e 9 anos têm excesso de peso/obesidade, este problema de saúde tenderá a agravar-se ainda mais se não forem tomadas medidas com sucesso ⁽⁷⁾.

A gravidade da doença da obesidade traduz-se na redução da expectativa de vida e aumento de risco de co-morbilidades, tais como Dislipidemia, Resistência à Insulina, Diabetes Mellitus tipo 2, Osteoartrite, Deficiências Respiratórias, entre outros ⁽⁸⁾. As doenças com maior prevalência atribuível à

obesidade são a Diabetes Mellitus tipo 2 (57%), Hipertensão (17%), Doença Coronária (17%), Litíase biliar (30%), Osteoartrite (14%) e cancro da mama, útero e cólon (11%) ⁽⁹⁾.

Consequentemente, estas complicações implicam enormes custos para a saúde. Estima-se que a obesidade represente 2% a 8% dos custos dos cuidados de saúde dos países industrializados ⁽¹⁰⁾. Em Portugal, estima-se que 3,5% dos custos totais de saúde sejam causa directa da obesidade ⁽¹¹⁾.

A obesidade desenvolve-se quando há um balanço energético positivo, ou seja, quando a ingestão energética é superior ao dispêndio. O excesso de energia acumula-se sob a forma de gordura e reflecte-se num aumento do peso corporal ⁽¹²⁾. Contudo, é difícil determinar as causas da doença, uma vez que esta resulta da interacção complexa de diversos factores: ambientais, genéticos, socioculturais, psicológicos, fisiológicos e neuro-endócrinos ⁽¹³⁾.

Na maioria dos países desenvolvidos, os grupos onde se verifica maior prevalência da obesidade são os de baixo nível socioeconómico e educacional ⁽⁵⁾. Há também tendência para o aumento de peso em ambos os sexos com a idade ⁽¹²⁾.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o melhor indicador de diagnóstico do excesso de peso/obesidade é o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC): relação peso (kg) /estatura (m²). Este Índice apresenta uma boa correlação com a massa gorda corporal e permite classificar, de forma simples e expedita, diferentes níveis de obesidade para ambos os sexos ⁽¹²⁾.

Valores de IMC superiores ou igual a 30 kg/m² estão associados a um aumento de risco de co-morbilidades e mortalidade ⁽¹⁴⁾.

Contudo este Índice apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. O IMC não distingue a massa gorda da massa não gorda nem reflecte a distribuição da massa gorda corporal. Por isso, além de se proceder ao cálculo do IMC, deve também avaliar-se a distribuição da gordura corporal através da medição dos Perímetros da Cintura (Pc) e da Anca (Pa). Valores de Pc ≥ 80 cm para o sexo feminino e Pc ≥ 94 cm para o sexo masculino representam um risco aumentado de DCV e valores de Pc ≥ 88 cm e Pc ≥ 102 cm para os sexos respectivos, um risco muito aumentado ^(6, 14).

O excesso de acumulação de tecido adiposo na metade superior do corpo (obesidade do tipo andróide ou visceral) está também associado a um maior risco de co-morbilidades e mortalidade, comparativamente à gordura acumulada na metade inferior do corpo (obesidade do tipo ginóide) ⁽¹⁴⁾.

A relação Perímetro da cintura/Perímetro da anca (Pa) é também um bom indicador da distribuição da massa gorda corporal: Pc/Pa > 1 para os homens e Pc/Pa $> 0,85$ para as mulheres, é indicador de excesso de gordura abdominal e também está associada a um maior risco de mortalidade comparativamente à gordura subcutânea ⁽¹⁴⁾. 49,8% da população portuguesa apresenta um elevado Pc associado a um risco aumentado de DCV ⁽⁵⁾.

Os principais objectivos no tratamento da obesidade são a prevenção ou a melhoria das complicações directamente relacionadas com a doença. O objectivo inicial do tratamento da perda de peso deverá ser reduzir aproximadamente, 5 a 10% do peso inicial em seis meses. Esta redução de peso diminuiu o risco de co-morbilidades associadas ⁽¹³⁾.

Sendo a obesidade uma doença crónica, o seu tratamento e vigilância implicam um acompanhamento regular durante toda a vida para que não haja agravamento da doença⁽¹⁵⁾.

O tratamento da obesidade tem revelado elevadas taxas de insucesso, sobretudo devido à falta de adesão do doente à terapia dietética. Apesar de já terem surgido novos métodos de tratamento como a intervenção cirúrgica, continua a ser crucial a adesão do doente à terapêutica dietética⁽⁸⁾.

Segundo Reis (1998), o insucesso no tratamento desta patologia deve-se, em grande parte, ao seu carácter unimodal, em que se privilegia uma intervenção biológica, bioquímica e prescritiva, característica do modelo biomédico, em detrimento dos aspectos psicossociais do indivíduo no seu processo de doença e de tratamento⁽¹⁶⁾.

Vários autores referem a importância da avaliação psicológica e da adequação cognitiva e comportamental do doente ao tratamento como factores de prognóstico deste, nomeadamente, a pesquisa de eventuais barreiras ao cumprimento da terapêutica dietética e também da avaliação de características psicológicas como estados de depressão, ansiedade, bem-estar e auto-controlo do doente^(17, 18).

Várias estratégias de suporte da modificação comportamental têm revelado maior êxito na terapia da obesidade, tais como o auto-policiamento, a resolução de problemas, a educação alimentar, a moderação da voracidade alimentar, a resistência a estímulos, a reestruturação cognitiva e o aumento da actividade física⁽¹⁷⁾. A Teoria Cognitivo Comportamental é um modelo que se baseia nas técnicas comportamentais referidas e que demonstra algum sucesso no tratamento da obesidade, nomeadamente através da aquisição de hábitos de vida

saudáveis e de estilos de vida activos que se reflectiram na melhoria da composição corporal de doentes obesos ⁽¹⁹⁾. Outras estratégias de intervenção, tais como o contacto telefónico ao longo do processo de tratamento e consultas menos espaçadas no tempo também demonstraram melhores resultados na terapia da obesidade ^(13, 18).

Para que haja um maior sucesso no tratamento da obesidade são necessárias mudanças no estilo de vida dos doentes consistentes no tempo: mudanças comportamentais, alimentares e actividade física. Por isso, as estratégias de tratamento deverão ser direccionadas a estes três alvos, pois foi demonstrado que o tratamento é mais eficaz quando é direccionado para dois ou mais destes alvos ⁽⁶⁾. Sendo assim, é essencial perceber o nível de motivação do doente antes de iniciar a terapêutica nutricional de modo a perceber se o doente está preparado para fazer as mudanças necessárias no seu estilo de vida. As recomendações da *National Heart Lung and Blood Institute* (NHLBI) preconizam que se considerem diversos parâmetros para avaliar a preparação dos doentes, tais como as razões e motivação para perder peso, tentativas anteriores de perda de peso, apoio social e familiar, percepção dos riscos da obesidade e benefícios da perda de peso, importância da actividade física e potenciais barreiras do doente à mudança ^(13, 20).

Para evitar retrocessos na perda de peso, é importante definir com o doente objectivos válidos e por etapas ao longo do processo terapêutico. Muitas vezes o doente não tem noção do grau de dificuldade para atingir o peso que deseja e, quando se definem objectivos para grandes perdas de peso em pouco tempo, poderá ocorrer uma diminuição progressiva da motivação para o cumprimento da terapêutica nutricional, quando este não vê os resultados que

prevê a curto prazo ^(13, 17). É importante dialogar com o doente acerca do seu peso actual e dos riscos que este representa para a sua saúde e fazê-lo perceber que reduções de peso drásticas não estão associadas a melhores resultados a longo prazo ⁽²¹⁾.

A motivação do doente é o factor decisivo para o sucesso da terapêutica da obesidade. O nível motivacional dos indivíduos pode ser determinado pela avaliação dos estádios de mudança comportamental ⁽²²⁾.

O Modelo Transteórico de Mudança Comportamental desenvolvido por Prochaska e DiClemente, em 1982, descreve como os indivíduos modificam o seu comportamento, ou seja, traduz a dimensão temporal da motivação do indivíduo para transitar de um comportamento menos saudável para saudável. Este modelo envolve aspectos emocionais, comportamentais e cognitivos e tem sido aplicado a várias situações que envolvem mudanças de comportamentos como programas de cessão tabágica, adesão a dietas de baixo teor lipídico, tratamento de dependências de álcool/drogas, programas de controlo de peso, entre outros. O Modelo Transteórico descreve o processo de mudança em forma de espiral, ou seja, se o indivíduo caminha dos estádios de Pré-contemplanção, Contemplanção, Preparação, Acção para o de Manutenção ⁽²³⁻²⁶⁾.

No estágio de Pré-contemplanção o doente não tem intenção de mudar, logo a abordagem a estes doentes deverá ser feita de modo a que estes comecem a pensar acerca da mudança de comportamento e motivá-los na progressão ao estágio seguinte. A maioria dos doentes neste estágio apresenta inúmeras tentativas falhadas de perda de peso ^(23, 25-27).

O estágio de Contemplanção caracteriza-se pela intenção de mudança. Neste estágio os doentes contrabalançam as barreiras e os benefícios da

aquisição do novo estilo de vida. Neste momento é necessário estabelecer empatia com o doente e encorajá-lo a mudar ^(23, 25-27).

Os doentes no estágio de Preparação estão preparados para adotar um novo comportamento. Normalmente experimentam pequenas mudanças mas inconsistentes. Neste estágio, os doentes devem ser encorajados a derrubar as barreiras que se contrapõem ao progresso para a Acção ^(23, 25-27).

Considera-se que o indivíduo está no estágio de Acção quando adota o novo comportamento durante seis meses. Nesta fase é necessário continuar a encorajá-lo, apoiá-lo e reconhecer os seus esforços na adopção do novo estilo de vida saudável ^(23, 25-27).

Quando o indivíduo mantém os novos comportamentos de forma sustentada por um período superior a seis meses, está no estágio de Manutenção. Contudo, é necessária a monitorização e apoio constantes ao doente, pois este poderá ter uma recaída e regredir na evolução da mudança ^(13, 23-27).

A importância da avaliação dos estádios é o da adequação da intervenção ao nível motivacional em que se encontram os indivíduos em cada momento da abordagem, pois intervenções mais individualizadas parecem aumentar a ocorrência de mudança ⁽²³⁻²⁵⁾.

A maioria dos indivíduos com problemas de comportamento alimentar estão nos estádios de Pré-Acção e a abordagem tradicional assume erradamente que estes doentes estão prontos para mudar, ou seja, assume que estão no estágio de Acção. Esta pode ser uma das razões que contribuem para o pouco sucesso do tratamento da obesidade ^(24, 26).

Assim, reconhecendo os estádios de mudança, poder-se-á adequar o tipo de estratégias a utilizar na terapêutica: as estratégias cognitivas são mais utilizadas nos estádios de Pré-acção enquanto as estratégias comportamentais são mais apropriadas para os estádios de Acção e de Manutenção como, por exemplo, a Teoria Cognitivo Comportamental, que tem aplicabilidade mais adequada a indivíduos no estágio de Acção, pois muitas das vezes assume que o indivíduo está motivado ⁽²⁴⁾.

A desejabilidade social é um parâmetro que deve ser estudado quando se avaliam comportamentos de doentes com excesso de peso/obesidade, particularmente quando se avalia parâmetros por auto-relato, pois poderá enviesar os resultados da investigação científica, uma vez que um indivíduo com elevada desejabilidade social poderá ter maior tendência para fornecer respostas que considere bem aceites pela sociedade, independentemente de serem ou não verdadeiras, negando associação pessoal a opiniões ou comportamentos socialmente desaprovados ^(18, 28).

Objectivos

Este trabalho tem como objectivos:

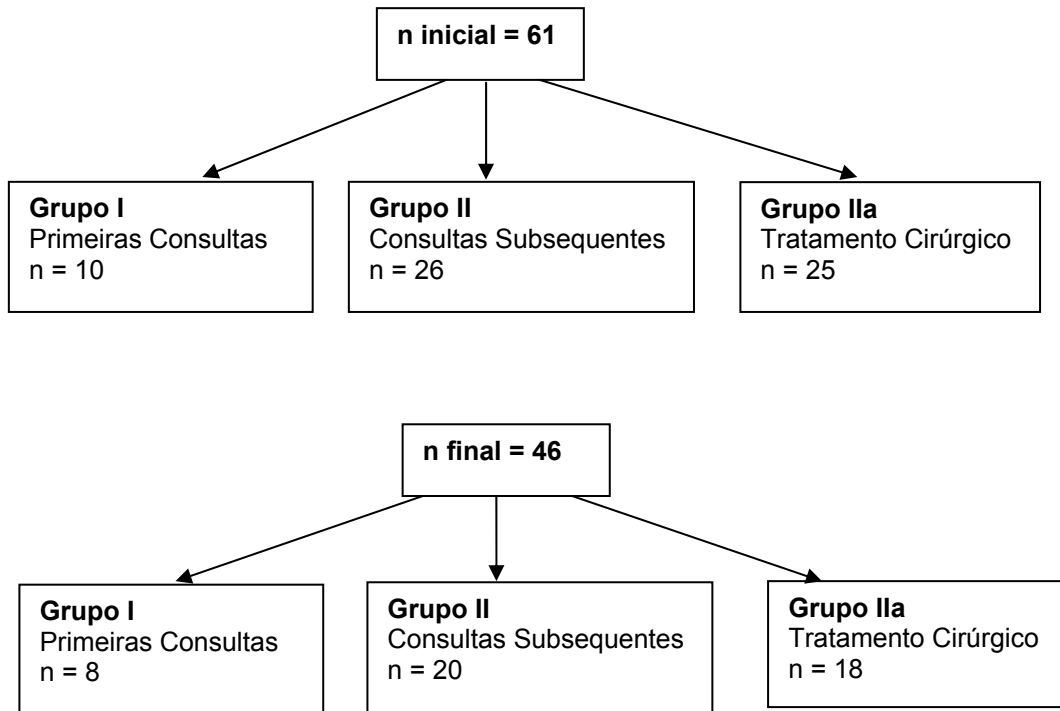
- 1) Avaliar os Estádios de Mudança Comportamental (EMC) de uma amostra de doentes com excesso de peso/obesidade que frequentam a Consulta Externa de excesso de peso/obesidade de Endocrinologia - Nutrição do Hospital de São João;
- 2) Avaliar o nível de preparação para mudar os hábitos alimentares e o grau de dificuldade em cumprir o plano alimentar prescrito para o tratamento;
- 3) Avaliar a deseabilidade social e analisar o seu efeito nos comportamentos avaliados;
- 4) Analisar a evolução da amostra passado um mês relativamente aos parâmetros avaliados.

Materiais e Métodos

A amostra deste estudo é constituída por doentes que frequentam a Consulta Externa de excesso de peso/obesidade de Endocrinologia - Nutrição do Hospital São João com o diagnóstico principal de excesso de peso/obesidade.

Os critérios de inclusão foram: Índice de Massa Corporal (IMC) inicial superior a 25,0 kg/m² e idade superior a 18 anos.

A amostra inicial era constituída por 61 doentes, mas este número foi reduzido para 46, pois alguns doentes faltaram à consulta de reavaliação. A amostra foi dividida em três grupos consoante os critérios: primeira vez que frequentavam a consulta, consulta subsequente ou consulta subsequente em tratamento cirúrgico. O esquema seguinte explica como é que a amostra foi dividida.



Esquema 1- Distribuição da amostra pelos grupos I, II e IIa.

Este estudo é observacional, descritivo e longitudinal, pois foram avaliados mais de um grupo e os dados foram recolhidos em dois momentos de período de estudo.

O número de doentes avaliados varia consoante os parâmetros em análise, uma vez que não foi possível obter todos os parâmetros em todos os indivíduos.

Aos doentes que frequentavam pela primeira vez a consulta, foi instituída terapêutica nutricional de acordo com a sua situação clínica, história alimentar e motivação. Foi feito Aconselhamento Alimentar a um doente e Plano Alimentar estruturado a dez doentes. A terapêutica nutricional instituída teve como base o peso de referência do doente e a actividade física praticada.

Relativamente à terapêutica nutricional seguida pelos doentes das consultas subsequentes, três doentes estavam sob Aconselhamento Alimentar e

quarenta e oito doentes tinham Plano Alimentar estruturado instituído anteriormente.

Durante a investigação nenhum doente foi submetido a tratamento cirúrgico.

Antes de iniciar o protocolo de investigação, foi obtido consentimento de todos os doentes, após a explicação dos objectivos do trabalho de investigação.

Na primeira avaliação, aplicou-se o protocolo organizado da seguinte forma:

- 1) Características bio-demográficas (idade, sexo) e número de anos de escolaridade;
- 2) Existência de patologias associadas ao excesso de peso/obesidade: Diabetes *Mellitus* tipo II, Hipertensão arterial, Dislipidemia, outras;
- 3) Peso desejado;
- 4) Avaliação antropométrica (peso actual, estatura, IMC, Pc e Pa)
- 5) Avaliação da composição corporal pela *TANITA*[®] modelo 708;
- 6) Questionário breve para avaliar os Estádios de Motivação Comportamental em relação ao controlo/perda de peso ⁽²⁵⁾;
- 7) Questão sobre a preparação para mudar os hábitos alimentares;
- 8) Questão sobre o grau de dificuldade em cumprir o Plano Alimentar;
- 9) Questionário de desejabilidade social ⁽³¹⁾.

O protocolo aplicado foi de administração indirecta, excepto o questionário de desejabilidade social que foi de administração directa (Anexos 1 a 3).

Aos doentes que frequentavam pela primeira vez a consulta de Nutrição, inquiriu-se quem é que o tinha enviado à consulta, se já alguma vez tinha tentado perder peso, de que forma e se tinha perdido peso.

Em relação aos doentes das consultas subsequentes registou-se o tempo decorrido após a primeira consulta em meses, o número de consultas prévias e o peso na primeira consulta.

Aos doentes submetidos a tratamento cirúrgico registou-se o tipo de cirurgia (bandoplastia ou *bypass* gástrico), o tempo após a cirurgia, em meses e o peso na data da cirurgia.

A avaliação antropométrica do peso, IMC e composição corporal foi obtida através da *TANITA*[®] modelo 708 e a estatura medida com a craveira fixa de uma balança *Seca*[®] modelo 708 cuja leitura dos resultados tem um erro de medida inferior a 0,05 cm. Os perímetros da cintura e da anca foram medidos com uma fita métrica flexível e não elástica segundo a metodologia padronizada⁽¹²⁾.

A classificação para o IMC utilizada foi a de Garrow⁽²⁹⁾. Calculou-se para todos os doentes da amostra, o IMC actual e o IMC correspondente ao peso desejado (peso que o doente pretende atingir com o tratamento e com o qual se sentiria bem); o peso que deseja perder, através da diferença entre o peso actual e o peso desejado; o IMC que deseja perder, através da diferença entre o IMC actual e o IMC do peso desejado.

Para doentes do grupo II e IIa, calculou-se a diferença de peso entre a primeira consulta e a actual; o IMC perdido, pela diferença entre o IMC da primeira consulta e IMC actual.

Para os doentes do grupo IIa, calculou-se o peso que perdeu após a cirurgia, através da diferença entre o peso na data da cirurgia e peso actual e também o IMC perdido pela diferença de IMC da data da cirurgia e IMC actual.

Reavaliou-se os doentes após um mês, procedendo-se à aplicação dos seguintes itens do protocolo 3), 4), 5), 6), 7), 8) e 9). Calcularam-se os mesmos

parâmetros da primeira avaliação e ainda o peso perdido e a diferença de IMC entre a primeira e segunda avaliação.

Os Estádios de Motivação Comportamental para o controlo/perda de peso foram avaliados através de um questionário breve de auto-resposta de Prochascka (*Universisty of Rhode Island Change Assessment Scale*)⁽³⁰⁾. Os doentes foram classificados em quatro estádios: Pré-Contemplanção – sem intenção de perder/controlar o peso nos próximos seis meses; Contemplanção - a considerar perder/controlar o peso nos próximos seis meses; Acção - a tentar activamente perder/controlar o peso; Manutenção – a controlar o peso desejado por um período superior ou igual a seis meses.

Avaliou-se o nível de preparação para mudar os hábitos alimentares através de uma escala tipo *Likert* de 1 a 12. O 1 correspondia a *não me sinto preparado* e 12 a *sinto-me preparado*. Os doentes foram classificados em três níveis de preparação para mudar, segundo a escala: [1 a 4] – *não preparado para mudar*, [5 a 8] – *inseguro sobre a mudança*; [9 a 12] – *preparado para mudar*⁽²⁶⁾.

O grau de dificuldade de cumprimento do plano alimentar foi avaliado também através de uma escala tipo *Likert* de 1 a 9. O 1 correspondia a *não tenho dificuldade nenhuma* e 9 a *tenho muita dificuldade*. Os doentes foram classificados em três níveis, segundo a escala: [1 a 3] – *baixo grau de dificuldade*; [4 a 6] – *grau de dificuldade médio*; [7 a 9] – *elevado grau de dificuldade*.

Avaliou-se a desejabilidade social recorrendo à *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale* (MC-SDS)⁽³¹⁾. Quanto mais elevadas as pontuações nesta escala, maior o nível de desejabilidade social, podendo o somatório das pontuações variar entre 0 e 33.

Análise Estatística

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado no programa SPSS® versão 14.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows e programa Excel versão 2007.

A análise descritiva consistiu no cálculo de médias e desvios-padrão (dp) para as variáveis cardinais e no cálculo de frequências para variáveis nominais e ordinais.

Utilizou-se o teste t de *Student* para comparação de duas amostras independentes e o ANOVA para comparar três ou mais medidas de amostras independentes.

Avaliou-se a normalidade das distribuições das variáveis cardinais através do teste *Kolmogorov-Smirnov*.

O grau de associação entre pares de variáveis foi quantificado através do coeficiente de correlação de Pearson (**R**) (correlações paramétricas) e do coeficiente de correlação Spearman (**ρ**) (correlações não paramétricas).

Foi rejeitada a hipótese nula sempre que o nível de significância crítico para a sua rejeição apresentava um valor inferior a 0,05.

1. Resultados

1.1. Caracterização da Amostra

Foram avaliados 61 doentes: 4 do sexo masculino e 57 do sexo feminino. A média das idades foi de 41,7 anos e desvio-padrão de 10,4 anos. A escolaridade média da amostra era de 7,2 anos com desvio-padrão de 3,8 anos. Não se observaram diferenças estatísticas entre os grupos na idade nem nos anos de escolaridade.

Dos doentes que eram enviados à primeira consulta (n=10), a maioria afirmava já ter tentado perder peso (80%). Relativamente aos meios utilizados para perder peso, estes estão demonstrados na tabela 1 do anexo 4. A maioria (87,5% dos indivíduos) afirmava ter perdido peso.

Na tabela 2 podem observar-se a média e desvio-padrão da idade e dos anos de escolaridade dos diferentes grupos da amostra. Não se observam diferenças estatisticamente significativas nestes dois parâmetros entre os grupos.

	Grupo I			Grupo II			Grupo Ila			p
	n	Média	dp	n	Média	dp	n	Média	dp	
Idade (anos)	10	37,8	9,9	26	42,3	10,7	25	42,6	10,3	n.s.
Escolaridade (anos)	9	6,9	3,4	25	6,7	3,5	25	7,8	4,2	n.s.

Tabela 2 – Descrição da idade e dos anos de escolaridade (n, média, desvio-padrão, nível de significância).

Relativamente aos grupos que já frequentavam a consulta de Nutrição (grupos II e Ila), verificamos que o número médio de consultas prévias foi de 6,4 consultas e desvio-padrão de 5,8 consultas. O intervalo de tempo médio entre a primeira consulta e a actual foi de 31,7 meses e desvio-padrão de 26,9 meses.

Na tabela 3 do anexo 4 podem observar-se os valores: média e desvio-padrão do tempo após a primeira consulta, o número de consultas prévias e o peso e IMC na primeira consulta. O grupo Ila frequentava a consulta de Nutrição há mais tempo e apresentava mais de o dobro de consultas prévias que o grupo II. Relativamente à avaliação do peso e do IMC na primeira consulta, verificamos que o grupo I apresenta menor peso e menos IMC na primeira consulta comparativamente ao grupo Ila. O grupo II apresenta menor peso e menor IMC

comparativamente ao grupo I. Estes resultados apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Na tabela seguinte (tabela 4) encontra-se a descrição da média, mínimo, máximo e desvio-padrão do tempo após a cirurgia, peso e IMC na data da cirurgia e peso e IMC perdidos após a cirurgia. O grupo IIa apresentava uma média de tempo pós-cirúrgico de 18,8 meses (desvio-padrão de 16,9 meses) e tinha perdido em média 21,1 kg (desvio-padrão de 4,3 kg) e diminuído 8,5 kg/m² (desvio-padrão de 4,3 kg/m²) de IMC.

Grupo IIa	n	Mínimo	Máximo	Média	dp
Tempo pós-cirurgia (meses)	25	1	61	18,8	16,9
Peso na data da cirurgia (kg)	20	86	160	119,5	18,8
IMC na data da cirurgia (kg/m ²)	20	35,7	58,1	46,1	6,7
Peso actual (kg)	25	64	123	96,8	17,1
IMC actual (kg/m ²)	25	25	47,4	37	6
Peso perdido (kg)	20	1	45	21,1	11,8
IMC perdido (kg/m ²)	20	1,4	16,2	8,5	4,3

Tabela 4 – Descrição do tempo pós-cirúrgico em meses, Peso na data da cirurgia em kg, IMC na data da cirurgia (kg/m²), Peso e IMC perdidos após a cirurgia (n, Mínimo, Máximo, Média e desvio-padrão).

1.2. Patologias Associadas à Obesidade

Relativamente ao diagnóstico de patologias associadas à obesidade, verificou-se que 39,3% dos indivíduos apresentavam pelo menos uma patologia associada, 14,3% tinham duas patologias associadas e 4,9% dos indivíduos possuíam três patologias associadas. De entre as patologias diagnosticadas, verificou-se que a mais frequente na amostra era a Hipertensão Arterial (41,4%), seguida da Dislipidemia (28,6%) e Diabetes *Mellitus* tipo II (16,1%).

1.3. Primeira Avaliação da Amostra

1.3.1. Avaliação da Composição Corporal

Na tabela 5 do anexo 5 estão descritos os parâmetros de avaliação antropométricos e da composição corporal, por género. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre géneros. Contudo, verificou-se que ambos os sexos apresentam valores de IMC superiores a 30 kg/m². As mulheres e os homens apresentam valores de Pc superiores a 88cm e a 102 cm, respectivamente.

A tabela 6 do anexo 6 apresenta os valores dos parâmetros de avaliação antropométricos e da composição corporal, por grupos da amostra. Não se comparou por grupos e género uma vez que o género masculino encontra-se em número reduzido o que provavelmente não permitiria comparar os géneros nos parâmetros avaliados. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupo I e grupos II e IIa no valor de IMC, nas percentagens de Massa Gorda e de Massa não Gorda, nos Pc e Pa, sendo os valores destes parâmetros superiores no grupo I. Entre os grupos II e IIa não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos parâmetros avaliados.

Na tabela 7 do anexo 7 está descrita a classificação dos indivíduos de cada grupo por grau de IMC. Observamos que o grupo I destaca-se dos restantes dois grupos por apresentar 80% dos indivíduos classificados no grau III de IMC. Entre os grupos II e IIa não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no grau de IMC.

Na tabela seguinte (tabela 8) estão descritas as médias e desvios-padrão das seguintes variáveis: Peso e IMC actuais, Peso e IMC desejados, Peso e IMC que desejam perder, Peso e IMC perdidos.

	Grupo I (n=10)		P	Grupo II (n=26)		p	Grupo Ila (n=25)	
	Média	dp		Média	dp		Média	dp
Peso actual (kg)	107,9	19,3	n.s.	97,1	17,7	n.s.	96,8	17,1
IMC actual (kg)	43,2	3	<0,05*	37,1	6,2	<0,05*	37	6,0
Peso desejado (kg/m²)	66,9	11,5	<0,05*	70,5	11,1	<0,05*	71,9	8,8
IMC desejado (kg/m²)	26,8	2,2	n.s.	27,1	3,6	n.s.	27,7	2,5
Peso que deseja perder (kg)	40,9	11,5	<0,05*	26,6	15,3	<0,05*	25	14,3
IMC deseja perder (kg/m²)	16,4	3,5	<0,05*	10,2	6	<0,05*	9,6	14,3
Peso perdido (kg)	-	-	-	5,4	12,1	n.s.	21,6	11,7
IMC perdido (kg/m²)	-	-	-	2,3	4,7	<0,05	8,1	4,6

Tabela 8 - Avaliação do Peso e IMC actuais, Peso e IMC desejados, Peso e IMC que desejam perder, Peso e IMC perdido após a primeira consulta, nos três grupos da amostra. (*diferenças estatisticamente significativas entre os grupos I e grupos II e Ila)

Ao analisarmos a tabela 8 verificamos que existem diferenças significativas entre o grupo I e os grupos II e Ila. Sendo que o grupo I apresenta mais IMC actual e deseja perder mais peso e diminuir mais de IMC, comparativamente aos grupos II e Ila. Entre os grupos II e Ila apenas se observaram diferenças estatisticamente significativas no peso perdido e na diminuição de IMC: o grupo Ila perdeu mais peso e diminuiu mais de IMC comparativamente ao grupo II.

1.3.2. Correlações entre diferentes variáveis

Nas tabelas seguintes (tabelas 9 e 10) estão descritas as correlações entre as diferentes variáveis estudadas nos três grupos da amostra.

Avaliação Comportamental de uma Amostra de Doentes com Excesso de peso/Obesidade

			Peso actual (kg)	IMC actual (kg/m ²)
Peso que deseja perder (kg)	Grupo I (n=10)	R	0,841	0,753
		p	<0,01	<0,05
	Grupo II (n=26)	R	0,729	0,822
		p	<0,01	<0,01
	Grupo Ila (n=25)	R	0,857	0,903
		p	<0,01	<0,01
IMC que deseja perder (kg/m ²)	Grupo I (n=10)	R	0,720	0,830
		p	<0,01	<0,01
	Grupo II (n=26)	R	0,720	0,830
		p	<0,01	<0,01
	Grupo Ila (n=25)	R	0,801	0,917
		p	<0,01	<0,01

Tabela 9 – Correlações entre as variáveis Peso (kg) e IMC (kg/m²) que desejam perder e as variáveis: Peso (kg) e IMC actual (kg/m²), em cada grupo da amostra.

	Peso Perdido (kg)				IMC perdido (kg/m ²)			
	Grupo II (n=26)		Grupo Ila (n=25)		Grupo II (n=26)		Grupo Ila (n=25)	
	R	p	R	p	R	p	R	p
Peso actual (kg)	-0,385	n.s.	-0,056	n.s.	-0,392	<0,05	-0,147	n.s.
IMC actual (kg/m ²)	-0,475	<0,05	-0,324	n.s.	-0,469	<0,05	-0,343	n.s.
Peso que deseja perder (kg)	-0,520	<0,01	-0,357	n.s.	-0,531	<0,01	-0,402	<0,05
IMC que deseja perder (kg/m ²)	-0,535	<0,01	-0,419	<0,05	-0,545	<0,01	-0,445	<0,05

Tabela 10 - Correlações entre as variáveis Peso (kg) e IMC perdidos no período após a primeira consulta, e as variáveis: Peso (kg) e IMC actual (kg/m²), peso (kg) e IMC que deseja perder, (kg/m²) nos grupos II e Ila.

Na tabela 9, verificou-se em todos os grupos que, quanto maior é o peso e IMC actuais, maior é o peso e IMC que desejam perder.

Relativamente à correlação entre o peso e IMC perdidos e as restantes variáveis nos grupos II e IIa, verificou-se na tabela 10 que, quanto maior o peso e IMC actuais, menor foi o peso e IMC perdidos no período após a primeira consulta. Verifica-se, também, que quanto maior o peso e IMC que desejam perder, menor foi o peso e IMC perdidos.

Procedeu-se à correlação entre as variáveis anteriormente analisadas e as variáveis: número de consultas prévias, tempo após a primeira consulta e desejabilidade social, no grupo II (tabela 12) e tempo após cirurgia, no grupo IIa (tabela 13).

No grupo II, verificamos que, quanto maior o número de consultas prévias, menor o peso actual. Nas restantes variáveis analisadas, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas.

Grupo II (n=26)	Número de consultas prévias		Tempo pós primeira consulta		Desejabilidade social	
	R	p	R	p	R	p
Peso actual (kg)	-0,405	<0,05	-0,370	n.s.	0,23	n.s.
IMC actual (kg/m²)	-0,284	n.s.	-0,340	n.s.	0,14	n.s.
Peso Perdido (kg)	0,220	n.s.	0,353	n.s.	0,215	n.s.
IMC perdido (kg/m²)	0,233	n.s.	0,353	n.s.	0,216	n.s.
Peso que deseja perder (kg)	0,323	n.s.	-0,337	n.s.	0,184	n.s.
IMC que deseja perder (kg/m²)	-0,284	n.s.	-0,316	n.s.	-0,180	n.s.

Tabela 12 - Correlações entre as variáveis número de consultas prévias, tempo após primeira consulta, desejabilidade social e peso e IMC actual, Peso e IMC perdidos, Peso e IMC que desejam perder.

Relativamente ao grupo IIa, verificamos que, quanto maior o intervalo de tempo após a cirurgia, maior é o peso perdido e maior a diminuição de IMC. Para as restantes variáveis estudadas, as correlações encontradas não tiveram significado estatístico.

Grupo IIa (n=25)	Número de consultas prévias		Tempo após primeira consulta		Tempo após cirurgia		Desejabilidade social	
	R	p	R	p	R	p	R	p
Peso actual (kg)	0,023	n.s.	-0,26	n.s.	-0,196	n.s.	-0,145	n.s.
IMC actual (kg/m ²)	0,096	n.s.	0,130	n.s.	-0,265	n.s.	-0,030	n.s.
Peso Perdido (kg)	0,253	n.s.	0,106	n.s.	0,513	<0,05	-0,187	n.s.
IMC perdido (kg/m ²)	0,302	n.s.	0,177	n.s.	0,477	<0,05	-0,150	n.s.
Peso que deseja perder (kg)	-0,59	n.s.	-0,66	n.s.	-0,377	n.s.	-0,185	n.s.
IMC que deseja perder (kg/m ²)	-0,50	n.s.	-0,33	n.s.	-0,388	n.s.	-0,150	n.s.

Tabela 13 - Correlações entre as variáveis número de consultas prévias, tempo após primeira consulta, tempo após cirurgia, desejabilidade social e peso e IMC actuais, peso e IMC perdidos, peso e IMC que desejam perder.

1.3.3. Avaliação dos Estádios de Mudança Comportamental, Preparação para Mudar os Hábitos Alimentares e Grau de Dificuldade em Cumprir o Plano Alimentar

Na tabela 14 do anexo 7 encontra-se descrita a frequência dos indivíduos de cada grupo por Estádio de Mudança Comportamental, Nível de preparação para mudar os hábitos alimentares e Grau de dificuldade em cumprir o plano alimentar. Verificamos que a maioria dos indivíduos se classifica no estágio de

Acção (86,9% do total da amostra). Nenhum indivíduo foi classificado no estágio de Pré-contemplação.

Relativamente ao nível de preparação para mudar os hábitos alimentares, 50,8% da amostra total foi classificada no nível máximo de preparação (nível três).

O grau de dificuldade em cumprir o plano alimentar não foi avaliado no grupo I, uma vez que estes indivíduos frequentavam a consulta de Nutrição pela primeira vez. Em relação aos indivíduos dos grupos II e IIa verificamos que a maioria dos indivíduos refere elevado grau de dificuldade (43,5%).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos parâmetros analisados anteriormente entre os grupos da amostra.

Procedeu-se à associação entre os Estádios de Mudança Comportamental e a variação de IMC (intervalos de variação de 0,5kg/m² de IMC) referente ao período de tempo após a primeira consulta. Verificou-se que os indivíduos em Contemplação aumentaram de IMC e que todos os indivíduos em Manutenção diminuíram de IMC. Dos indivíduos classificados no estágio de Acção, a maioria (73,9%) diminuiu de IMC, 13% apresentou variação de IMC entre $\pm 0,5\text{kg/m}^2$ e os restantes indivíduos (13%) aumentaram de IMC.

Relativamente à diferença do peso perdido entre os indivíduos classificados nos estádios de Acção e de Manutenção, verificou-se que os indivíduos em Manutenção perderam mais peso comparativamente aos indivíduos classificados no estágio de Acção, com diferença estatisticamente significativa.

Relativamente ao IMC que desejam perder, não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos nos estádios de Acção e de Manutenção.

Procedeu-se à correlação entre as seguintes variáveis: dificuldade em cumprir o plano alimentar, preparação para mudar os hábitos alimentares, IMC perdido, desejabilidade social e anos de escolaridade. Verificou-se que quanto maior a dificuldade em cumprir o plano alimentar, menor a preparação para mudar os hábitos alimentares ($\rho = -0,528$; $p < 0,01$), menor o IMC diminuidor ($\rho = -0,295$; $p < 0,05$) e menor a desejabilidade social ($\rho = -0,383$; $p < 0,01$).

Os anos de escolaridade não demonstraram correlação estatisticamente significativa com as variáveis analisadas.

1.4. Segunda Avaliação da Amostra (um mês após à primeira avaliação)

1.4.1. Reavaliação da Composição Corporal

	Grupo I (n=8)			Grupo II (n=20)			Grupo Ila (n=18)		
	Variação Média	dp	p	Variação Média	dp	P	Variação Média	dp	p
Peso actual (kg)	1,9	3,4	n.s.	1,3	2	<0,05	2,7	4,14	<0,05
IMC (kg/m ²)	1,5	2,5	<0,05	0,6	0,7	<0,05	1,2	2,3	<0,05
MG (%)	1,3	2,9	n.s.	1,3	3,2	n.s.	1,6	3,1	<0,05
MG (kg)	3,1	4,7	n.s.	1,4	2,8	<0,05	2,0	2,6	<0,05
MM (%)	-1,8	2,9	n.s.	-1,3	3,2	n.s.	-1,55	3,1	<0,05
MM (kg)	-10,1	23	n.s.	-1,3	4,2	n.s.	-3,5	3,0	n.s.
Pc (cm)	-0,6	5,6	n.s.	1,3	3,6	n.s.	2,2	6,9	n.s.
Pa (cm)	5,5	4,3	n.s.	0,03	3,3	n.s.	0,1	3,3	n.s.

Tabela 15 – Variação média dos valores dos parâmetros antropométricos de avaliação da composição corporal entre a primeira e segunda avaliação (intervalo de um mês).

Ao analisar a tabela anterior (tabela 15) verificou-se que o grupo Ila registou mais diferenças estatisticamente significativas nos parâmetros avaliados,

comparativamente aos restantes dois grupos: perdeu mais peso, diminuiu de IMC, perdeu mais Massa Gorda e ganhou Massa não Gorda. Relativamente ao grupo II, verificamos que, perdeu peso, diminuiu de IMC e perdeu Massa Gorda. O grupo I registou diferenças significativas na diminuição de IMC.

1.4.2. Reavaliação dos Estádios de Mudança Comportamental, Preparação para mudar os hábitos alimentares e Grau de dificuldade em cumprir o Plano Alimentar

Na análise da tabela 16 do anexo 8 verificamos que a maioria dos indivíduos da amostra (60,9%) se classifica no estágio de Acção. Nenhum indivíduo foi classificado em Manutenção e dois indivíduos foram classificados no estágio de Pré-contemplação (um indivíduo do grupo II e outro do grupo IIa).

Relativamente ao nível de preparação para mudar os hábitos alimentares, verifica-se que, a maioria dos indivíduos (56,5%) foi classificada no nível máximo de preparação (nível três) e que nenhum indivíduo foi classificado no nível um.

Ao analisarmos o grau de dificuldade em cumprir o plano alimentar, verificamos que a maioria dos indivíduos da amostra (58,1%) indicou o grau um, que refere pouca dificuldade.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis analisadas anteriormente entre os grupos da amostra.

O gráfico seguinte traduz a progressão dos indivíduos nos Estádios de Mudança Comportamental no período de tempo entre a primeira avaliação (Mês 0) e a segunda avaliação (Mês 1).

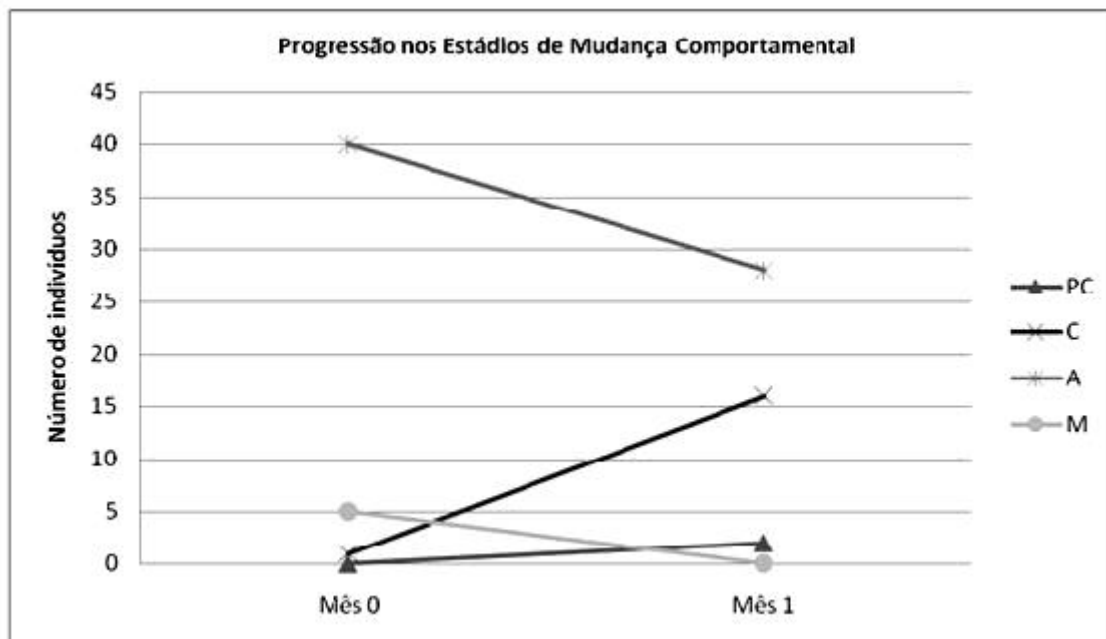


Gráfico 1 - Progressão dos indivíduos nos Estádios de Mudança Comportamental, durante um mês. PC – Pré-contemplação (n=2), C – Contemplação (n=16), A – Acção (n=28), M – Manutenção (n=0).

Ao analisar a progressão dos indivíduos da amostra nos estádios, verifica-se que, dos quarenta indivíduos em Acção, dois retrocederam para o estádio de Pré-Contemplação e treze para o estádio de Contemplação. Dos cinco indivíduos que estavam em Manutenção, dois retrocederam para o estádio de Acção e três para o estádio de Contemplação.

Não se verificou correlação com significado estatístico entre a mudança de estádio e o peso e/ou IMC perdidos.

Relativamente às diferenças encontradas na preparação para mudar os hábitos alimentares no intervalo de tempo entre a primeira e segunda avaliação, verificou-se que 39,5% dos indivíduos indicaram a mesma pontuação na escala de preparação, 39,6% dos indivíduos referiram maior pontuação e 25,7% dos indivíduos referiram menor pontuação na escala.

Os indivíduos classificados na primeira avaliação no estágio de Acção e que se mantiveram no mesmo estágio na segunda avaliação, apresentaram maior pontuação no questionário da desejabilidade social, do que os indivíduos que mudaram do estágio de Acção para o de Contemplação, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Verificou-se que o aumento da preparação para mudar os hábitos alimentares associou-se a uma maior facilidade em cumprir o plano alimentar ($R=0,353$; $p <0,05$), a uma maior perda de peso ($R = 0,453$; $p <0,01$) e a uma maior diminuição de IMC ($R = 0,438$; $p <0,05$).

A pontuação média na MC-SDS (desejabilidade social) foi semelhante em ambas as avaliações: na primeira avaliação foi de 21,7 e desvio-padrão de 3,8 e na segunda avaliação foi de 21,7 e desvio-padrão de 4,1.

Discussão

O sexo mais prevalente na amostra é o feminino. Esta maior procura de tratamento por parte do sexo feminino poderá ser um reflexo de maior descontentamento com o peso, que poderá estar relacionado com o facto de a sociedade ter associado à magreza, beleza e sucesso ⁽²⁷⁾.

Na primeira consulta de abordagem ao doente é importante saber quem é que o enviou à consulta, obter uma história detalhada sobre a evolução do peso, assim como saber se existiram tratamentos anteriores para perder peso, a sua natureza e sucesso. Esta informação permite-nos, de uma forma indirecta, ter ideia da motivação inicial dos doentes para a perda de peso ^(13, 17). No nosso estudo, todos os indivíduos da amostra foram enviados à consulta de Nutrição pelo médico. Estes poderão ainda não ter a noção da importância do seu comportamento alimentar e das consequências para a sua saúde. Um indivíduo que vai à consulta por recomendação do médico pode estar desmotivado para iniciar o tratamento, comparativamente a um indivíduo que frequenta a consulta de Nutrição por iniciativa própria. Por isso, na primeira abordagem ao doente, é importante explicar os benefícios para a saúde que a mudança tem no estilo de vida, nomeadamente, a aquisição de hábitos alimentares mais saudáveis e a prática de actividade física.

A maioria dos doentes que participaram no estudo afirmou já ter tentado perder peso. Muitos indivíduos que frequentam as consultas de Nutrição para perder peso têm uma história falhada de tentativas de perder peso, muitas vezes recorrendo a dietas da “moda” ou regimes de auto-prescrição. As subidas e descidas consecutivas no peso trazem consequências negativas para a saúde e

bem-estar do indivíduo. É frequente estes doentes apresentarem baixa auto-estima e desacreditarem na sua capacidade para perder peso ⁽²⁷⁾.

Na maioria das sociedades existe uma relação inversa entre o nível de escolaridade e o excesso de peso ⁽¹²⁾. O nível de escolaridade da amostra deste estudo é baixo, inferior aos nove anos de escolaridade (escolaridade mínima obrigatória). Este baixo nível de escolaridade coloca-nos alguns obstáculos quanto à abordagem ao doente e ao ensino e transmissão da informação necessária à adesão ao tratamento ⁽¹⁷⁾.

O tratamento cirúrgico é um método mais exigente, comparativamente à terapia clássica - requer maior vigilância por parte do Nutricionista, de modo a evitar futuras complicações que possam surgir ao mínimo descuido ou desconhecimento dos indivíduos. Por essa razão observamos que o grupo Ia, em tratamento cirúrgico, frequentava a consulta de nutrição há mais tempo e tinha maior número de consultas prévias que o grupo Ib, em terapia clássica.

Ao longo dos meses de tratamento cirúrgico, a velocidade de perda de peso vai decrescendo e, para alguns doentes, vai-se tornando cada vez mais difícil perder peso comparativamente ao primeiro mês da cirurgia em que a perda de peso acontece de forma mais acentuada. Num trabalho recente também realizado no Hospital São João numa amostra de doentes obesos, verificou-se que a partir do 5º mês de tratamento cirúrgico a perda de peso decresce ⁽³²⁾.

Face à dificuldade continuada de alguns doentes em perder peso, os seus objectivos para a perda de peso vão sendo menores, comparativamente ao objectivo no início do tratamento, em que desejavam perder mais peso ⁽³³⁾, pois muitas vezes o peso desejado é "irreal", existindo uma grande disparidade entre as expectativas de perda de peso dos doentes e o recomendado pelos

profissionais de saúde ⁽¹³⁾. É importante definir objectivos válidos com o doente e que sejam possíveis de serem alcançados.

Alguns doentes obesos poderão não ter a noção da correspondência do peso que desejam à imagem corporal com que se sentem bem. Por isso, ao longo do processo de perda de peso, quando estes atingem a imagem corporal desejada, não querem perder mais peso, mesmo que no início da terapêutica apontassem para objectivos de perda de peso maiores.

No nosso trabalho verificamos que o maior intervalo de tempo após a submissão dos indivíduos à terapia cirúrgica reflectiu-se numa maior perda de peso e maior diminuição de IMC. À medida que os doentes em tratamento cirúrgico perdem mais peso e diminuem mais de IMC no período após a cirurgia, aproximam-se do IMC que desejam e, por isso, preferem desejar perder menos peso.

Para o maior sucesso da terapêutica nutricional da obesidade, é importante que haja um acompanhamento regular por parte do Nutricionista aos doentes. Um estudo efectuado também no Hospital São João na mesma consulta de Nutrição, comprovou que o contacto mais intensivo com os doentes em regime de perda de peso, nomeadamente através de marcação de consultas intercalares e contacto telefónico entre as consultas, permitiu que estes obtivessem melhores resultados em termos de perda de peso, comparativamente ao grupo controlo. Os doentes, ao sentirem-se mais acompanhados, têm oportunidade de esclarecer dúvidas mais precocemente e, ao adquirir auto-eficácia e confiança na terapêutica, é provável que sintam menor dificuldade e que fiquem mais motivados para o cumprimento da terapia nutricional ⁽¹⁸⁾. No nosso estudo verificámos associação

entre o maior número de consultas prévias e a maior perda de peso ou diminuição de IMC no grupo das consultas subsequentes (grupo II).

A diminuição de IMC após a primeira consulta foi maior para o grupo submetido a tratamento cirúrgico, comparativamente ao grupo sujeito à terapia clássica. Este resultado mostra-nos, de facto, que a terapia cirúrgica é um método importante e coadjuvante à terapia clássica. Este grupo de indivíduos apresenta maior IMC inicial e deseja diminuir mais de IMC comparativamente ao grupo em terapia clássica. Verificamos também que, na amostra em geral, quanto maior o IMC inicial, maior é o IMC que desejam perder. Contudo, não verificamos tendência para quem refere desejar perder mais IMC, ter perdido mais peso. Este resultado poderá estar relacionado com o facto de os indivíduos obesos quererem rapidamente perder peso e, de uma forma ilusória, apontarem objectivos de perda de peso muitas das vezes inatingíveis. É fundamental o diálogo entre o Nutricionista e o doente obeso a fim de se definirem objectivos concretizáveis a curto prazo para, assim, ser mais fácil atingir o objectivo final (o IMC desejado).

Uma das formas de avaliar o nível de motivação dos indivíduos para a perda de peso poderá ser através da aplicação do modelo dos estádios de mudança comportamental ou através da avaliação da preparação para mudar os hábitos alimentares.

Verificamos que a maioria dos indivíduos se classificou no estágio de Acção e nenhum no estágio de Pré-contemplação na primeira avaliação (mês 0). Este resultado poderá indicar que a maioria dos indivíduos da amostra no estágio de Acção estava motivada para a perda de peso. Contudo, verificamos que indivíduos nos estádios de Contemplação e Acção ganharam IMC e que os indivíduos em Manutenção perderam IMC, notando-se uma maior perda de peso

desde o início da terapêutica nos indivíduos classificados no estágio de Manutenção comparativamente aos indivíduos classificados no estágio de Acção. No entanto, é necessário ter em conta que o período entre a consulta em que os indivíduos foram avaliados e a consulta anterior tinha um intervalo de tempo superior a um mês e o questionário de avaliação dos estádios referia-se à mudança para perder no mês anterior. Os indivíduos poderiam já ter mudado de comportamento e estar a tentar perder peso no último mês embora, no entanto, tal ainda não se ter reflectido na diminuição de IMC.

Proschaska (2002) defende, na sua teoria do Modelo Transteórico, que cada indivíduo percorre todos os estádios de mudança, do Pré-contemplação à Manutenção, apesar de poder haver recaída. É possível, por esta razão, o indivíduo reverter ao estágio anterior ⁽²⁴⁾.

Após um mês da primeira avaliação verificou-se que alguns indivíduos retrocederam na progressão dos estádios. Indivíduos classificados anteriormente em Acção retrocederam para os estádios de Pré-acção e indivíduos classificados em Manutenção retrocederam para estádios de Acção e Contemplação. Noutro estudo, os autores Littell and Girvin (2002) encontraram pouca evidência na progressão dos indivíduos nos estádios ⁽²⁴⁾.

Relativamente à perda de peso e diminuição de IMC, não se verificaram correlações com significado estatístico entre a mudança de estágio e perda de peso. É provável que o curto espaço de tempo entre a primeira e a segunda avaliação não tenha sido suficiente para se encontrarem diferenças.

Em 1999, Jeferry, French e Rothman, verificaram, no seu estudo, que mulheres no estágio de Acção ganharam mais peso que as mulheres no estágio de Pré-contemplação num mesmo período de tempo ⁽²⁴⁾. Avaliar os estádios de

mudança comportamental com base na perda de peso poderá não traduzir de forma tão linear as mudanças efectuadas pelos indivíduos no seu estilo de vida.

Macqueen, Brynes e Frost (2002), defendem que o Modelo de Estádios de Mudança não é preditor de perda de peso em doentes obesos ⁽²⁴⁾. É importante avaliar modificações mais concretas no estilo de vida dos doentes como, por exemplo, o nível de actividade física diária, a frequência de consumo de doces, fritos, enchidos/fumados, molhos com gordura, bebidas alcoólicas, refrigerantes com açúcar, a frequência de consumo de *fast-food*. Esta informação permite-nos ajudar o doente a perceber os seus erros alimentares e assim apresentar alternativas para que este possa praticar um estilo de vida mais saudável. O somatório das modificações que o indivíduo faz no seu estilo de vida e a manutenção dessas alterações irá traduzir-se na perda e controlo de peso.

Modificar o comportamento alimentar é um processo complexo que depende não só da auto-eficácia do indivíduo, mas também do meio social e familiar em que está inserido. Para o controlo de peso ser mais eficaz ao longo do tempo, é importante que o indivíduo tenha um bom apoio familiar e social que o ajude na adopção dos comportamentos saudáveis ⁽¹³⁾.

Alguns autores defendem que avaliar o nível de preparação para mudar os hábitos alimentares poderá traduzir, de uma forma mais simples, os estádios de mudança comportamental. Se o indivíduo não está preparado para mudar, estaria nos estádios de Pré-Acção ⁽²⁶⁾.

A variação no grau de cumprimento do plano alimentar prescrito faz com que os resultados na perda de peso possam ser muito diferentes entre indivíduos ⁽¹⁷⁾. Verificámos, na primeira avaliação, que a menor a preparação para mudar os hábitos alimentares se reflectiu numa maior a dificuldade em cumprir o plano

alimentar e numa menor diminuição de IMC no período após a primeira consulta. No mês seguinte, os indivíduos demonstraram maior preparação para mudar os hábitos alimentares, o que se traduziu numa menor dificuldade em cumprir o plano alimentar prescrito e, conseqüentemente, numa maior diminuição de IMC. Este resultado alerta-nos para a importância da percepção do nível de preparação de todos os doentes antes da instituição de qualquer tipo de terapêutica (cirúrgico ou nutricional) para a perda de peso. Aos doentes que revelam não estar preparados para mudar os seus hábitos alimentares é necessário que o Nutricionista tenha uma acção mais educativa, em que explique os benefícios que uma alimentação mais saudável poderá trazer para a sua saúde. Neste tipo de doentes, a terapêutica deverá direccionar-se para conselhos alimentares gerais para, assim, a mudança ser gradual e não um “sacrifício” para o doente adquirir os novos hábitos alimentares. Quando o doente se sentir preparado para mudar, a prescrição de um Plano Alimentar poderá ser o próximo passo da terapêutica. Assim, é possível conseguir resultados mais satisfatórios se percebermos que o doente já fez algumas mudanças na sua alimentação e que se sente preparado para seguir um plano mais rigoroso para a perda de peso sem muita dificuldade.

A pontuação média da desejabilidade social foi elevada em ambas as avaliações, o que pode resultar da idade superior e menor escolaridade dos doentes ⁽¹⁸⁾.

Notas finais

O tamanho da amostra é pequeno e a duração do estudo foi curta. Poderíamos ter encontrado maiores diferenças entre os grupos se o número de indivíduos e a duração do estudo fossem maiores. Uma vez que a mudança é um

processo longo e gradual, seria importante verificarmos a maneira como as mudanças de estádios ocorriam num maior intervalo de tempo de tratamento, nomeadamente na perda de peso e melhoria da composição corporal a longo prazo.

Não existem questionários validados em Portugal para avaliar os Estádios de Mudança Comportamental para a perda de peso, pelo que poderá haver alguma inconsistência na definição dos estádios, uma vez que o questionário adoptado é uma versão simples e curta.

Existem ainda poucos estudos que testaram a aplicabilidade do Modelo de Mudança de Estádios para intervenções de mudança de hábitos alimentares para a perda de peso. São necessários mais estudos para perceber a forma como o Modelo Transteórico pode ser usado para ser aplicado na adopção de comportamentos alimentares saudáveis ⁽⁶³⁾. Os estudos que já foram feitos são específicos para adopção de comportamentos saudáveis: redução da ingestão de lípidos em adultos ⁽³⁴⁾ e aumento de ingestão de hortofrutícolas em crianças ⁽³⁵⁾. Estes estudos demonstraram boa aplicabilidade do modelo dos estádios na modificação de comportamentos alimentares.

Neste estudo não encontramos associação entre a mudança de estádio e a perda de peso e diminuição de IMC. A progressão dos estádios também foi pouco evidente. A avaliação da preparação para mudar os hábitos alimentares demonstrou ser uma ferramenta útil no processo terapêutico nutricional da obesidade, pois foi preditor da perda de peso.

Referências Bibliográficas

1. Organization WH. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 1998.
2. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA*. 2002; 288(14):1723-7.
3. Vaz de Almeida MD, Graça P, Afonso C, D'Amicis A, Lappalainen R, S. D. Activity Levels and Body Weight in a National Representative sample in the European Union. *Public Health Nutr* 1999; 2:105-14.
4. WHO/FAO Expert Consultation. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Geneva 2003.
5. do Carmo I, Dos Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, et al. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obes Rev*. 2008; 9(1):11-9.
6. Lang A, Froelicher ES. Management of overweight and obesity in adults: behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2006; 5(2):102-14.
7. Padez C, Fernandes T, Mourao I, Moreira P, Rosado V. Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. *Am J Hum Biol*. 2004; 16(6):670-8.
8. Bray GA. Medical consequences of obesity. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004; 89(6):2583-9.
9. Wolf AM, Colditz GA. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obes Res*. 1998; 6(2):97-106.
10. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, Tabak CJ, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA*. 2006; 295(13):1549-55.
11. Obesidade SPpoEd. Obesidade e sua Terapêutica. *Obes Diab Compl* 2001; 1:33-35.
12. World Health Organization Technical Report Series. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva WHO; 1995.
13. Hill JO, Wyatt H. Outpatient management of obesity: a primary care perspective. *Obes Res*. 2002; 10 Suppl 2:124S-30S.
14. Wardle J. The assessment of obesity: theoretical background and practical advice. *Behav Res Ther*. 1995; 33(1):107-17.
15. Miller WC, Jacob AV. The health at any size paradigm for obesity treatment: the scientific evidence. *Obes Rev*. 2001; 2(1):37-45.
16. Reis JC. O Sorriso de Hipócrates: A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença. Lisboa: Vega; 1998.
17. Flora C. Determinantes psico-afectivas e sócio-culturais no tratamento da obesidade. 2004.
18. Poinhos R. Efeitos da Motivação e do Acompanhamento no Tratamento da Obesidade. 2004.
19. Tsiros DM, Sinn N, Brennan L, A CM, all e. Cognitive behavioural therapy improves diet and body composition in overweight and obese adolescents. *Am J Clin Nutr*. 2008; 87:1134-40.
20. National Institutes of Health; National Heart L, and Blood Institute, North American Association for the Study of Obesity. The Practical Guide: Identification,

Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. NIH Publication 2000.

21. Lyznicki JM, Young DC, Riggs JA, Davis RM. Obesity: assessment and management in primary care. *Am Fam Physician*. 2001; 63(11):2185-96.
22. Zimmerman GL, Olsen CG, Bosworth MF. A 'stages of change' approach to helping patients change behavior. *Am Fam Physician*. 2000; 61(5):1409-16.
23. Kristal AR, Glanz K, Curry SJ, Patterson RE. How can stages of change be best used in dietary interventions? *J Am Diet Assoc*. 1999; 99(6):679-84.
24. Wilson GT, Schlam TR. The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clin Psychol Rev*. 2004; 24(3):361-78.
25. Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Norman GJ, Redding CA. Detailed Overview of the Transtheoretical Model. 1998. [citado em: Abril 2009]. Disponível em: <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>.
26. Mahan L, Escot-Stunp. S Krause's Food & Nutrition Therapy. 12th ed. p. 493-98; 2003.
27. Moreira P. Obesidade, muito peso várias medidas. 1st ed. Porto; 2005.
28. Poinhos R, Correia F, Faneca M, Ferreira J, Goncalves C, Pinhao S, et al. [Social desirability and barriers to the accomplishment of the dietary treatment in overweight women]. *Acta Med Port*. 2008; 21(3):221-8.
29. Garrow J, Sadler MJ, Strain JJ, B C. Obesity. *Encyclopaedia of Human Nutrition* 1st ed. London: Academic Press; 1999.
30. Cancer Prevention Research Center. Weight: Stages of Change - Short Form. [citado em: Abril 2009]. Disponível em: <http://www.uri.edu/research/cprc/Measures/Weight01.htm>.
31. Crowne DP, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J Consult Psychol*. 1960; 24:349-54.
32. Beça E. Evolução Ponderal de uma amostra de doentes obesos. 2008.
33. Palmeira AL, Teixeira PJ, Branco TL, Martins SS, Minderico CS, Barata JT, et al. Predicting short-term weight loss using four leading health behavior change theories. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2007; 4:14.
34. Greene GW, Rossi SR. Stages of change for reducing dietary fat intake over 18 months. *J Am Diet Assoc*. 1998; 98(5):529-34.
35. Hildebrand DA, Betts NM. Assessment of stage of change, decisional balance, self-efficacy, and use of processes of change of low-income parents for increasing servings of fruits and vegetables to preschool-aged children. *J Nutr Educ Behav*. 2009; 41(2):110-9.

Índice de Anexos

Anexo 1 – Protocolo Mês 0.....	1
Anexo 2 – Protocolo Mês 1	3
Anexo 3 - Questionário de Desejabilidade Social.....	4
Anexo 4 – Tabelas 1 e 3.....	6
Anexo 5 – Tabela 5.....	7
Anexo 6 – Tabela 6.....	8
Anexo 7 – Tabelas 7 e 14.....	9
Anexo 8 – Tabelas 16.....	10

Anexo 1

Protocolo - Mês 0

A.

- 1) Idade ____
- 2) Sexo: F__ M__
- 4) Número de anos de escolaridade: _____

B.

- 1) Primeira Consulta____
 - a. Quem o enviou à consulta de nutrição?
Médico__ Iniciativa própria __ Incentivado por outrem__
 - b. Já alguma vez tentou perder peso?
Sim__ Não__
 - c. De que forma?
Fármacos__ Nutricionista__ Auto-gerido__ Médico__
 - d. Perdeu peso?
Sim__ Não__
- 2) Subsequente____
 - a. Há quanto tempo frequenta a consulta de Nutrição? _____
 - b. Quanto peso perdeu? _____
 - c. Data da cirurgia? _____

C.

Patologias associadas

Diabetes *Mellitus*__ Hipertensão arterial__ Dislipidemia__ Outra _____**D.**

- 1) Peso desejado____ (kg)
- 2) Peso actual____ (kg)
- 3) Estatura____ (cm)
- 4) IMC____ (kg/m²)
- 5) MG (%) _____ (kg) _____
- 6) MM (%) _____ (kg) _____
- 7) Perímetro da cinta _____ (cm)
- 8) Perímetro da anca _____ (cm)

Questionário de Avaliação dos Estádios de Mudança Comportamental

1. No passado mês, tem efectivamente tentado perder peso?

Sim__ Não__

2. No passado mês, tem efectivamente tentado não ganhar peso?

Sim__ Não__

3. Está a pensar seriamente em tentar perder peso para atingir o seu objectivo nos próximos 6 meses?

Sim__ Não__

4. Tem mantido o seu peso desejado por mais de seis meses?

Sim__ Não__

Anexo 2

Protocolo - Mês 1

A.

- 1) Peso desejado____ (kg)
- 2) Peso actual____ (kg)
- 3) Estatura____ (cm)
- 4) IMC____ (kg/m²)
- 5) MG (%) _____ (kg) _____
- 6) MM (%) _____ (kg) _____
- 7) Perímetro da cinta _____ (cm)
- 8) Perímetro da anca _____ (cm)

B. Questionário de Avaliação dos Estádios de Mudança Comportamental

1. No passado mês, tem efectivamente tentado perder peso?

Sim__ Não__

2. No passado mês, tem efectivamente tentado não ganhar peso?

Sim__ Não__

3. Está a pensar seriamente em tentar perder peso para atingir o seu objectivo nos próximos 6 meses?

Sim__ Não__

4. Tem mantido o seu peso desejado por mais de seis meses?

Sim__ Não__

C. Avaliação da motivação e da dificuldade no cumprimento do plano alimentar

1. Como se sente preparado para mudar os seus hábitos alimentares?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

2. Qual o grau de dificuldade em cumprir o plano alimentar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Joana Sofia Jardim

FCNAUP 2009

Anexo 3

Questionário de Desejabilidade Social

A lista que se segue consiste num conjunto de 33 afirmações relacionadas com atitudes e características pessoais. Leia cada item e decida se cada afirmação é verdadeira (V) ou falsa (F), no que diz respeito à sua personalidade.

		V	F
1	Antes de votar investigo minuciosamente as qualificações de todos os candidatos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Nunca hesito em me esforçar para ajudar alguém em apuros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Por vezes é-me difícil continuar a trabalhar se não for encorajado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Nunca antipatizei intensamente com ninguém.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Já tive dúvidas acerca da minha capacidade para ser bem sucedido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Às vezes sinto-me aborrecido quando não consigo fazer as coisas à minha maneira.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sou sempre muito cuidadoso na minha maneira de vestir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Em casa, a minha maneira de estar à mesa é tão boa como num restaurante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Provavelmente iria ao cinema sem pagar, se tivesse a certeza que não era visto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Em algumas ocasiões, tenho desistido de fazer algumas coisas por acreditar pouco nas minhas capacidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Por vezes gosto de falar da vida dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Houve vezes em que me apeteceu revoltar contra pessoas de autoridade, mesmo sabendo que tinham razão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Sou sempre um bom ouvinte, independentemente de com quem estiver a falar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Lembro-me de já ter fingido estar doente para escapar de alguma coisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Houve ocasiões em que já me aproveitei de alguém.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Quando cometo um erro, estou sempre disposto a admiti-lo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Tento sempre pôr em prática aquilo que defendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Não acho particularmente difícil conviver com pessoas desagradáveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Às vezes tento vingar-me, em vez de desculpar e esquecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Quando não sei alguma coisa, não me custa nada admiti-lo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Sou sempre delicado, mesmo para pessoas que são desagradáveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Houve alturas em que insisti em fazer as coisas à minha maneira.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23	Houve ocasiões em que já tive vontade de partir tudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Nunca deixaria que alguém fosse punido pelos meus erros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Nunca me ofendo por me pedirem para retribuir um favor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Nunca fico aborrecido quando expressam ideias muito diferentes das minhas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Nunca faço uma viagem longa sem verificar a segurança do carro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Houve vezes em que senti inveja da sorte dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Quase nunca senti vontade de dar um raspanete a alguém.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Às vezes fico irritado quando as pessoas me pedem favores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Nunca senti que fui punido sem motivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Às vezes penso que quando as pessoas sofrem uma desgraça, só tiveram aquilo que mereceram.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Nunca disse, propositadamente, algo para magoar alguém.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 4

		n	%
Já alguma vez tentou perder peso?	Sim	8	80
	Não	2	20
	TOTAL	10	100
Como tentou perder peso?	Nutricionista	4	50%
	Fármacos e Nutricionista	2	25%
	Fármacos	1	12,5%
	Pelo próprio	1	10%
	TOTAL	8	100%
Perdeu peso?	Sim	7	87,5%
	Não	1	12,5%
	TOTAL	8	100%

Tabela 1 – Análise das respostas dos indivíduos que frequentavam a Consulta Externa de excesso de peso/obesidade pela primeira vez – Grupo I (n e percentagem).

	Grupo I (n=10)		Grupo II (n = 26)		Grupo Ila (n = 25)		p
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Tempo após a primeira consulta (meses)	-	-	22,4	21,6	41,6	28,9	<0,05
Número de consultas prévias	-	-	4,12	4,2	8,92	6,5	
Peso na primeira consulta (kg)	110,1	17,9	102,5	17,3	118,5	21	
IMC na primeira consulta (kg/m²)	43,4	3	39,2	5,7	45,5	6,3	

Tabela 3 - Descrição do tempo após a primeira consulta, número de consultas prévias, peso e IMC na primeira consulta (média, desvio-padrão e nível de significância).

Anexo 5

		Média	dp	Mínimo	Máximo	p
Peso actual (kg)	Sexo Feminino (n=57)	96,7	15,7	64,0	125,2	n.s.
	Sexo Masculino (n=4)	128,1	24,7	106,9	158,5	
Estatura (cm)	Sexo Feminino (n=57)	159,1	6,0	145,0	170,0	
	Sexo Masculino (n=4)	179,5	1,0	178,0	180,0	
IMC actual (kg/m²)	Sexo Feminino (n=57)	38	6,1	25,5	47,4	
	Sexo Masculino (n=4)	39,4	7,2	33,3	48,1	
MG (%)	Sexo Feminino (n=55)	42,7	6,6	24,6	51,9	
	Sexo Masculino (n=4)	38,1	12,7	26,2	54,4	
MG (kg)	Sexo Feminino (n=55)	41,9	11,6	18,3	62,7	
	Sexo Masculino (n=4)	50,6	26,2	28,2	85,1	
MM (%)	Sexo Feminino (n=55)	57,3	6,6	48,1	75,4	
	Sexo Masculino (n=4)	61,9	12,7	45,5	73,8	
MM (kg)	Sexo Feminino (n=55)	53,6	6,3	35,7	68,3	
	Sexo Masculino (n=4)	76,5	4,3	71,3	80,3	
Pc (cm)	Sexo Feminino (n=54)	111,4	13,5	76,0	138,0	
	Sexo Masculino (n=4)	126,3	17,0	111,0	149,0	
Pa (cm)	Sexo Feminino (n=54)	122,7	11,0	101,0	149,4	
	Sexo Masculino (n=4)	127,0	19,2	107,0	153,0	
Pc/Pa (cm)	Sexo Feminino (n=54)	0,91	0,08	0,71	1,06	
	Sexo Masculino (n=4)	1,00	0,04	0,95	1,04	

Tabela 5 – Avaliação dos parâmetros de composição corporal e antropométricos, por género (média, desvio-padrão, mínimo, máximo e nível de significância).

Anexo 6

Joana Sofia Jardim

FCNAUP 2009

	Grupo I		p	Grupo II		p	Grupo Ila	
	Média	dp		Média	dp		Média	dp
Peso actual (kg)	107,9 (n =10)	19,3	n.s.	97,1 (n=26)	17,9	n.s.	96,8 (n=25)	17,1
Estatura (cm)	157,4 (n =10)	10,4	<0,05*	161,1 (n=26)	7,2		162 (n=25)	7,0
IMC actual (kg/m ²)	43,2 (n =10)	3	<0,05*	37,1 (n=26)	6,2		37 (n=25)	6
MG (%)	47,4 (n =10)	3,7	<0,05*	41,9 (n=25)	7,7		40,9 (n=24)	6,8
MG (kg)	51,2 (n =10)	12,9	<0,05*	40,9 (n=25)	12,8		40,4 (n=24)	12
MM (%)	52,6 (n =10)	3,7	n.s.	58,1 (n=25)	7,7		59 (n=24)	6,8
MM (kg)	54,8 (n =10)	10	n.s.	54,6 (n=25)	9,1		56 (n=24)	7,7
Pc (cm)	124 (n =10)	11,5	<0,05*	109,8 (n=25)	12,5		110,2 (n=23)	14,8
Pa (cm)	130,9 (n =10)	9,5	<0,05*	120,3 (n=25)	10		122,5 (n=23)	12,7
Pc/Pa	0,95 (n =10)	0,07	n.s.	0,9 (n=25)	0,07		0,9 (n=23)	0,09

Tabela 6 – Avaliação dos parâmetros de composição corporal e antropométricos, por grupos da amostra: média e desvio-padrão do Peso actual, da estatura, do IMC actual, da Massa Gorda e Massa não Gorda, dos Perímetros da Cintura e da Anca e da relação Pc/Pa (*p <0,05 entre os grupos I e grupos II e Ila).

Grau de IMC	Grupo I		p	Grupo II		p	Grupo IIa	
	n	%		n	%		n	%
Excesso de Peso - IMC [25-29,9]	0	0	<0,05	5	19,2	n.s.	3	12
Obesidade Grau I - IMC [30,0-34,9]	0	0		5	19,2		8	32
Obesidade Grau II - IMC [35-39,9]	2	20		6	23,1		5	20
Obesidade Grau III - IMC \geq40	8	80		10	38,5		9	36
TOTAL	10	100		26	100		25	100

Tabela 7 – Avaliação dos graus de IMC nos três grupos (n e percentagem). O p é significativo entre o grupo I e os grupos II e IIa.

		Grupo I		Grupo II		Grupo IIa		p	Total	
		n	%	n	%	n	%		n	%
Estádios de Mudança Comportamental	PC	0	0	0	0	0	0	n.s.	0	0
	C	1	10	1	3,8	0	0		2	3,3
	A	8	80	24	92,3	21	84		53	86,9
	M	1	10	1	3,8	4	16		6	9,8
	Total	10	100	26	100	25	100		61	100
Nível de preparação para mudar os hábitos alimentares	1	0	0	2	7,7	3	13	n.s.	5	8,5
	2	5	50	11	42,3	8	34,8		24	40,7
	3	5	50	13	50	12	52,2		30	50,8
	Total	10	100	26	100	23	100		59	100
Grau de dificuldade em cumprir o Plano Alimentar	1	-	-	7	30,4	3	13	n.s.	10	21,7
	2	-	-	9	39,1	7	30,4		16	34,8
	3	-	-	7	30,4	13	56,5		20	43,5
	Total	-	-	23	100	23	100		46	100

Tabela 14 – Análise dos Estádios de Mudança Comportamental (PC – Pré-contemplação, C – Contemplação, A – Acção, M – Manutenção), do nível de preparação para mudar os hábitos alimentares (1 – não preparado para mudar; 2 – inseguro sobre a mudança; 3 – preparado para mudar) e da dificuldade em cumprir o plano alimentar (1 – baixo grau de dificuldade; 2 – médio grau de dificuldade; 3 – elevado grau de dificuldade), no primeiro momento de avaliação.

Anexo 8

		Grupo I		Grupo II		Grupo Ila		p	Total	
		n	%	n	%	n	%		n	%
Estádios de Mudança Comportamental	PC	0	0	1	5	1	5,6	n.s.	2	4,3
	C	0	0	9	45	7	38,9		16	34,8
	A	8	100	10	50	10	55,6		28	60,9
	M	0	0	0	0	0	0		0	0
	Total	8	100	20	100	18	100		46	100
Nível de preparação para mudar os hábitos alimentares	1	0	0	0	0	0	0		0	0
	2	5	62,5	11	55	4	22,2		20	43,5
	3	3	37,5	9	45	14	77,8		26	56,5
	Total	8	100	20	100	18	100		46	100
Grau de dificuldade em cumprir o Plano Alimentar	1	4	57,1	9	50	12	66,7		25	58,1
	2	2	28,6	6	33,3	3	16,7	11	25,6	
	3	1	14,3	3	16,7	3	16,7	7	16,3	
	Total	7	100	18	100	18	100	43	100	

Tabela 16 – Análise dos Estádios de Mudança Comportamental (PC – Pré-contemplanção, C – Contemplanção, A – Acção, M – Manutenção), do nível de preparação para mudar os hábitos alimentares (1 – não preparado para mudar, 2 – inseguro sobre a mudança; 3 – preparado para mudar) e da dificuldade em cumprir o plano alimentar (1 – baixo grau de dificuldade; 2 – médio grau de dificuldade; 3 – elevado grau de dificuldade) no segundo momento de avaliação.