

**FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO AO ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL
DE INDIVÍDUOS COM EXCESSO DE PESO ATENDIDOS EM UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO LUIS – MA.**

**SÃO LUÍS, MA
ABRIL – 2016**

DHUELLY KELLY DA SILVA ALMEIDA

**FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO AO ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL
DE INDIVÍDUOS COM EXCESSO DE PESO ATENDIDOS EM UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO LUIS – MA.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao curso de Nutrição da Universidade Federal
do Maranhão como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Nutrição

Orientadora: Profa. Dra. Deysianne Costa das
Chagas

**SÃO LUÍS, MA
ABRIL – 2016**

DHUELLY KELLY DA SILVA ALMEIDA

**FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO AO ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL
DE INDIVÍDUOS COM EXCESSO DE PESO ATENDIDOS EM UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO LUIS – MA**

Monografia aprovada em _____ de _____ de _____ pela banca
examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Deysianne Costa das Chagas
Orientadora
UFMA

Profa. Dra. Helma Jane Ferreira Veloso
Examinadora
UFMA

Profa. Ma. Kátia Danielle Araújo Lourenço Viana
Examinadora
UFMA

A Deus, pela vida, sustento e amor incondicional. À minha avó pelas orações e exemplo. Aos meus pais pelo sacrifício para que eu aqui chegasse. Ao Sena pela companhia, compreensão, apoio e principalmente pelo amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais por sempre abdicarem de suas vontades e se sacrificarem para que eu pudesse ter na medida do possível o mínimo de conforto e por sempre terem me incentivado a estudar. Agradeço a minha avó por sempre se mostrar uma amiga, e em algumas vezes mais que mãe, agradeço pelas suas orações, carinho e pelo seu cuidado.

Agradeço ao meu amor, Sena, por sempre me ouvir, me ajudar a fazer as melhores escolhas desde um artigo até uma epígrafe, acreditar em mim, agradeço pelo seu grande amor e compreensão nesses últimos dias.

Agradeço a minha querida orientadora por sempre se mostrar disponível, pela sua imensa paciência com meus erros de pontuação e meus textos sem nexos. Agradeço pela oportunidade de fazer parte da família Ex-Peso, pois sem essa oportunidade esse trabalho não existiria.

Agradeço a Deus por sempre se mostrar amigo e presente, agradeço por nas horas de maior angústia descobri que poderia contar com Sua ajuda. Agradeço pelo Seu infinito e incondicional amor.

Agradeço a todos que de forma direta ou indireta acreditaram ou descreditaram graças a vocês tudo deu certo.

*“A vereda do justo é como a luz da alvorada,
que brilha cada vez mais até à plena
clareza do dia.”*

(Provérbios 4:18)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Total de indivíduos que realizaram um ou dois retornos ao aconselhamento nutricional para a perda de peso em Unidade Básicas de Saúde. São Luís, MA. 2010/2016..... 22

Figura 2 - Total de indivíduos que realizaram um ou dois retornos ao aconselhamento nutricional para a perda de peso e perderam peso em Unidades Básicas de Saúde. São Luís, MA. 2010/2016..... 23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas de usuários com excesso de peso atendidos em UBS de São Luís – MA. São Luís, 2010/2016.....24

Tabela 2 - Análise dos fatores associados à adesão ao aconselhamento nutricional para perda de peso de usuários com excesso de peso atendidos em UBS de São Luís – MA. São Luís, 2010/2016. São Luís, 2016.....26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DANT - Doenças e Agravos não Transmissíveis

IMC - Índice de Massa Corpórea

IPAC - Questionário Internacional de Atividade Física

PEA – População Economicamente Ativa

PEAN - Programas de Educação Alimentar e Nutricional

QFCA - Questionário de Frequência de Consumo Alimentar

VIGITEL - Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

WHO-World Health Organization

ALMEIDA, Dhuelly Kelly da Silva, **Fatores associados à adesão ao aconselhamento nutricional de indivíduos com excesso de peso atendidos em unidades básicas de saúde do município de São Luís – MA**, 2016, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 47p.

RESUMO

O Brasil vem acompanhando a tendência global de sobrepeso e obesidade. Para combater o excesso de peso os programas de educação alimentar e nutricional tem se mostrado eficientes em atingir seus objetivos. Mas ainda há uma importante barreira a ser superada no decorrer da implantação dos mesmos que é a baixa adesão de pessoas a esse tipo de terapia. O presente trabalho busca entender os fatores associados à adesão ao aconselhamento nutricional, utilizando mais de um parâmetro para avaliar a adesão ao aconselhamento e analisando o seguimento ou não das recomendações nutricionais por parte do indivíduo que as recebe. Trata-se de um estudo de coorte com uma amostra total de 523 indivíduos com excesso de peso atendidos em Unidades Básicas de Saúde de São Luís, Maranhão. Através de um questionário categorizado em nove partes obteve-se informações de identificação, antropometria, dados demográficos, econômicos, sociais e presença de comorbidades. Utilizou-se como parâmetro de adesão a presença em ao menos uma consulta de retorno e perda de peso. Os resultados foram analisados no programa estatístico Stata (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), versão 12.0. Para analisar as variáveis associadas à adesão controlando para potenciais fatores de confusão, foi utilizada a regressão de Poisson. A taxa de adesão ao aconselhamento nutricional da população estudada foi de 10,32% e destes 75,7% perderam peso. Dentre os fatores associados à adesão, ter idade avançada é um fator que levou a maior adesão ao aconselhamento nutricional para perda de peso e estar trabalhando é um fator que leva a uma menor adesão. Destaca-se a importância de formulação de estratégias que possam melhorar os níveis de adesão de indivíduos em programas de aconselhamento nutricional para perda de peso.

Palavras-chave: Educação Alimentar e Nutricional. Obesidade. Continuidade da Assistência ao Paciente

ALMEIDA, Dhuelly Kelly da Silva, **Fatores associados à adesão ao aconselhamento nutricional de indivíduos com excesso de peso atendidos em unidades básicas de saúde do município de São Luís – MA**, 2016, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 47p.

ABSTRACT

Brazil is following the global trend of overweight and obesity. To combat excess weight the food education programs and nutrition has been shown to be effective in achieving its goals. But there is still a major barrier to be overcome during the implementation thereof that is the low adherence of people to this type of therapy. This study seeks to understand the factors associated with adherence to nutritional counseling, using more than one parameter to assess adherence to counseling and analyzing the follow-up or no nutritional recommendations by the individual receiving it. This is a cohort study with a total sample of 523 individuals with overweight treated in Basic Health Units of São Luís, Maranhão. Through a questionnaire categorized into nine parts was obtained identification information, anthropometry, demographic, economic, social and comorbidities. It was used as adherence parameter presence in at least one return visit, and weight loss. The results were analyzed using Stata (Stata Corp., College Station, United States) version 12.0. To analyze the factors associated with adherence controlling for potential confounders, Poisson regression was used. The membership fee to nutritional counseling of the population was 10.32% and 75.7% of these lost weight. Among the factors associated with adherence, an advanced age is a factor that led to greater adherence to nutritional counseling for weight loss and is working is a factor that leads to lower adherence. It highlights the importance of formulating strategies best suited to the individual membership levels in nutritional counseling programs for weight loss.

Keywords: Food and Nutrition Education . Obesity. Continuity of Patient Care

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral	17
2.2	Específicos	17
3	MATERIAIS E METODOS	18
3.1	Tipo de Estudo	18
3.2	Amostra do Estudo	18
3.3	Critérios de Inclusão e não inclusão	18
3.4	Instrumentos de Coleta	18
3.4.1	Avaliação Antropométrica	19
3.5	Intervenção Nutricional	20
3.6	Análise de Dados	20
3.7	Aspectos Éticos	21
4	RESULTADOS	22
5	DISCUSSÃO	28
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
	REFERÊNCIAS	33
	APÊNDICE A – QUESTIONARIO GERAL	36
	APÊNDICE B – FOLDER EDUCATIVO	45
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	47

1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 1960 o Brasil vem passando por uma série de modificações no modelo político, geográfico e nutricional. A população brasileira vem se apresentando cada vez mais urbana, menos desnutrida, mais sobrepesada, mais envelhecida e com crescente prevalência de doenças e agravos não transmissíveis. A transição nutricional caracteriza-se basicamente como um processo de diminuição da desnutrição e aumento do excesso de peso e da obesidade em todas as faixas de idade. Além de uma redução da prevalência de doenças infectocontagiosas e aumento de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) decorrentes do excesso e peso como, por exemplo, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, câncer e doenças cardíacas e cerebrovasculares (MALAQUIAS, 2003; BRASIL 2014).

Nos últimos anos é cada vez maior o número de pessoas que se encontram acima do peso. O excesso de peso é composto pelo sobrepeso (índice de massa corporal - IMC ≥ 25 kg/m²) e pela obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²). Esses são desvios nutricionais que ocorrem quando há um desequilíbrio entre a ingesta e a perda energética (BRASIL 2014).

O Instituto de Métrica e Avaliação para a Saúde da Universidade de Washington ao realizar um estudo internacional sobre a prevalência de obesidade no mundo estimou que entre a população mundial, 2,1 bilhões de pessoas estão obesas ou com sobrepeso, isso representaria quase 30% do total de pessoas. E ao verificar as prevalências de sobrepeso e obesidade o mesmo estudo observou que entre 1980 e 2013 a prevalência de excesso de peso foi de 29% para 30% entre os homens e de 30% para 38% entre as mulheres (IMAS, 2013).

Além disso, dos 188 países estudados nenhum apresentou declínio da obesidade desde 1980. O que chama atenção para uma ideia de globalização que se vive atualmente, caracterizada, principalmente, por um estilo de vida mais sedentário, hábitos alimentares não saudáveis e conseqüente ganho de peso. Tornando o sobrepeso e a obesidade uma questão de saúde pública, não somente nos países desenvolvidos, mas também naqueles em desenvolvimento e subdesenvolvidos (IMAS, 2013).

No Brasil, segundo dados da pesquisa de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) a frequência de

excesso de peso é de 52,2%, sendo maior entre homens (60,8%) do que entre mulheres (45,4%). Em São Luís, a prevalência de excesso de peso na população segue o mesmo padrão da população brasileira, com 50,5% da população ludovicense com excesso de peso, sendo 59,8% dos homens e 42,1% das mulheres (BRASIL, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde o excesso de peso está associado a riscos para a saúde devido a este ser uma porta de entrada para complicações metabólicas, como o aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicérides sanguíneos e resistência à insulina. Vale ressaltar que por vezes as situações destacadas se tornam um círculo vicioso, como é o caso da obesidade que além de ser um predisponente para doenças como diabetes, hipertensão arterial sistêmica e câncer, a própria obesidade é considerada uma DANT (OMS, 2000; BRASIL, 2014).

Neste contexto, a perda de peso pode ser um importante aliado na melhoria na qualidade de vida dos indivíduos com excesso de peso. Pois, dados na literatura apontam que uma redução de peso em torno de um a dois quilogramas, entre um mês e dois meses, ou uma redução gradual de 5 a 7% do peso inicial ao longo de um tempo maior, já pode trazer ganhos importantes na saúde. Como por exemplo, reduzir a resistência insulínica e a pressão arterial sistêmica e melhorar o controle da glicemia. (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

Devido a essas particularidades, a etiologia e aos números que são cada vez maiores deve-se tentar prevenir e combater o quanto antes os efeitos causais e decorrentes do sobrepeso e da obesidade. Uma forma que se tem destacado no combate a essas doenças é a educação nutricional. Por se mostrar pouco ou nada invasiva, de baixo custo e com boa reprodutibilidade. Tendo como estratégia a ênfase da importância da alimentação saudável para prevenção e combate de doenças como obesidade, hipertensão e diabetes (BRASIL, 2014; MACHADO, 2014).

A educação nutricional não se restringe apenas a valorização de alimentos naturais, minimamente processados e popularmente conhecidos como “alimentos que fazem bem a saúde”. Muito menos a abolição no consumo de produtos alimentares comumente taxados de “ruins”, “calóricos” e “engordativos”. A educação nutricional visa principalmente a promoção à saúde, levando em consideração todos

os aspectos relacionados à alimentação, seja ele econômico, social, psicológico ou cultural (BOOG, 2004).

Os programas de educação alimentar e nutricional (PEAN) com vistas para a perda de peso tem se mostrado bem eficientes em atingir seus objetivos. Mas ainda há uma importante barreira a ser superada no decorrer da implantação dos mesmos que é a baixa adesão de pessoas a esse tipo de terapia. Alguns estudos de tratamento ambulatorial de obesidade apontam uma taxa de 80% de não adesão ao aconselhamento nutricional. Fatores como problemas de ordem pessoal, desmotivação própria, falta de apoio por parte da família e resultados negativos na perda de peso durante o tratamento estão entre os que mais se relacionam com a baixa adesão em programas nutricionais para a perda de peso (INELMEN *et al*, 2005; GUIMARÃES *et al*, 2010).

Apesar de existir uma gama de critérios que representem a adesão aos PEAN, não há consenso de quais deles deveriam ser considerados como padrão. De uma maneira bem generalista considera-se sucesso quando 20% a 45% dos participantes completam o programa ou protocolo. Estima-se uma média de adesão inferior a 50% às terapias de longo prazo para DANT em países em desenvolvimento. Os fatores relacionados à adesão podem ser de diversas ordens: demográficos, psicológicos, sociais, bem como decorrentes da relação entre o paciente e o profissional de saúde ou até mesmo aqueles relacionados ao tratamento ou ao sistema de saúde (WHO, 2003; BAUTISTA-CASTAÑO *et al.*, 2004; GUIMÃRAES *et al*, 2010).

Estudo realizado em uma unidade básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais que verificou as dificuldades de adesão ao aconselhamento nutricional de usuários da atenção primária destacou como as principais dificuldades dos usuários a aderirem ao programa de aconselhamento para alimentação saudável e prática de atividade física a falta de tempo e a resistência às mudanças (SANTOS, 2012).

A adesão ao aconselhamento desempenha papel crucial no sucesso do tratamento de doenças crônicas de um modo geral. Para alguns autores o fator que mais se destaca e o que seria o maior responsável pela adesão ao tratamento é a relação indivíduo-profissional. Pessoas orientadas por profissionais especializados tiveram maiores índices de adesão. Por se tratar de um processo multifatorial, a adesão se estabelece mediante parceria entre o profissional da saúde e o indivíduo. Assim como a qualidade da relação profissional-indivíduo, aspectos organizacionais,

ambientais e físicos do serviço de saúde e ambiente externo ao serviço de saúde estão incluídos em um conjunto de fatores que ajudam a entender as características da alta adesão a programas nutricionais (SILVEIRA, 2005; CHIMENTI, 2006; BRUNETTO, 2008; BUSNELLO *et al*, 2011).

Portanto, tendo em vista a atual situação de transição nutricional vivida no Brasil, bem como a tendência global de sobrepeso e obesidade e a escassez de trabalhos com o tema no Maranhão. O presente trabalho busca entender os fatores associados à adesão ao aconselhamento nutricional de indivíduos com excesso de peso atendidos em Unidades Básicas de Saúde de São Luís, Maranhão, utilizando mais de um parâmetro para avaliar a adesão ao aconselhamento nutricional e analisando o seguimento ou não das recomendações nutricionais por parte do indivíduo que as recebe.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os fatores associados à adesão ao aconselhamento nutricional de indivíduos com excesso de peso atendidos em Unidades Básicas de Saúde do município de São Luís, Maranhão.

2.2 Específicos

- Avaliar o perfil demográfico e socioeconômico da população estudada.
- Verificar a perda de peso e taxa de adesão dos indivíduos que receberam aconselhamento nutricional.
- Analisar os fatores associados à adesão ao aconselhamento nutricional.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de coorte realizado com usuários e participantes de um projeto de pesquisa vinculado a Universidade Federal do Maranhão intitulado “Fatores Sociodemográficos e Nutricionais Relacionados ao Excesso de Peso em Pacientes Atendidos em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Luís – MA”.

Fizeram parte do projeto de pesquisa as seguintes Unidades de Saúde: Unidade de Saúde da Vila Janaína, Unidade de Saúde do Radional, Unidade de Saúde do Anjo da Guarda, Unidade de Saúde do Vicente Fialho e Unidade de Saúde do São Cristóvão.

3.2 Amostra do estudo

Trata-se de uma amostra de conveniência, composta por usuários atendidos nas referidas Unidades de Saúde no período de junho de 2010 a março de 2016. Os usuários eram indicados pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde).

3.3 Critérios de inclusão e não inclusão

Foram incluídos nesta pesquisa indivíduos com 20 anos ou mais e que possuíam excesso de peso, segundo a classificação de Índice de Massa Corpórea da Organização Mundial da Saúde ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) (BRASIL, 2004). Não foram incluídos indivíduos com saúde mental comprometida e gestantes.

3.4 Instrumentos e coleta de dados

Os dados foram coletados por graduandos em Nutrição da Universidade Federal do Maranhão, devidamente treinados e supervisionados por nutricionistas. Foi aplicado um questionário padronizado dividido em nove etapas sendo elas:

dados de identificação; dados demográficos, econômicos e sociais; presença de comorbidades (*diabetes mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares); histórico familiar de comorbidades; hábitos de vida (tabagismo e etilismo); dados antropométricos (peso, altura, circunferência da cintura, circunferência do quadril) e pressão arterial; questionário internacional de atividade física (IPAC); questionário de frequência de consumo alimentar (QFCA) e inquérito nutricional recordatório de 24 horas (APÊNDICE A).

3.4.1 Avaliação antropométrica

Para a avaliação antropométrica foram utilizadas as medidas de peso e altura, aferidas de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). O peso corporal foi obtido em balança antropométrica mecânica Welmy® com capacidade para 150 quilogramas, divisão a cada 100 gramas, com o mínimo de pesagem de 2 kg e precisão de 100 gramas, disposta em superfície lisa e plana. O indivíduo foi posicionado no centro do equipamento, descalço, com roupas leves e a leitura foi realizada após a fixação do valor no visor após a agulha do braço e o fiel estarem nivelados, de frente para o equipamento.

A estatura foi verificada no estadiômetro acoplado à balança, com capacidade de 2,00 metros e precisão de 20 milímetros. A pessoa foi disposta descalça, ereta, no centro do equipamento. A leitura foi realizada com aproximação de 0,5 cm. Ambas as medidas foram realizadas com tomada única.

A partir das medidas de peso e estatura foi calculado o IMC [IMC = (peso (kg)/altura (m)²]. A classificação do IMC foi realizada segundo os critérios adotados pela OMS (WHO, 1995) (Quadro A).

Quadro A: Valores de referência para índice de massa corporal.

IMC (kg/m ²)	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< 18,5	Baixo Peso
≥18,5 e < 25	Peso normal
≥25 e < 30	Pré-obeso
≥30 e <34,9	Obesidade grau I

≥35,0 e <39,9	Obesidade grau II
≥40,00	Obesidade grau III

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 1995.

3.5 Intervenção nutricional

Após avaliação antropométrica com a ajuda do avaliador o participante respondia o questionário (APÊNDICE A). Em seguida era orientado sobre práticas e hábitos de alimentação saudável (APÊNDICE B) e tinha o retorno agendado. A partir do primeiro retorno o participante tinha peso, altura, circunferência da cintura e circunferência do quadril aferidos. Respondia o questionário de frequência de consumo alimentar (QFCA) e o recordatório alimentar de 24 horas com a ajuda do avaliador. Recebia novas orientações sobre práticas e hábitos alimentares saudáveis e tinha novo retorno agendado.

3.6 Análise de dados

No presente trabalho considerou-se adesão todo participante que compareceu em um ou dois retornos e perdeu peso. A variável idade foi classificada conforme proposto pela OMS, dividindo os participantes em “idade adulto jovem” aqueles com idade entre 20 e 30 anos, “idade madura” aqueles com idade entre 31 e 45 anos, “idade de mudança” aqueles com idade entre 46 e 59 anos e “idosos” indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Em relação a situação conjugal os indivíduos foram categorizados em “com companheiro” todos aqueles que afirmaram serem casados ou estarem em união consensual e “sem companheiro” indivíduos solteiros, separados ou outros.

Em relação a cidade de origem os entrevistados foram distribuídos em nascidos na “capital”, “interior do Maranhão” e “outros”. A cor da pele auto referida foi categorizada em “brancos” e “não brancos” este último estando todos os indivíduos que se auto declararam como preto, mulato, moreno ou caboclo, amarelo ou oriental e indígena. A renda familiar foi categorizada em quatro grupos: aqueles que recebiam “menos que um salário mínimo”, “de um a menos que três salários mínimos”, “de três a menos que cinco salários mínimos” e “cinco ou mais salários

mínimos”. A classificação do salário mínimo foi realizada segundo o valor vigente na data da entrevista.

A variável tabagismo foi categorizada em “fuma”, “já fumou” e “nunca fumou”. De forma semelhante, para o consumo de bebida alcoólica, a variável etilismo foi categorizada em “bebe”, “já bebeu” e “nunca bebeu”. Os resultados foram analisados no programa estatístico Stata (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), versão 12.0. Para analisar as variáveis associadas à adesão controlando para potenciais fatores de confusão, foi utilizada a regressão de Poisson. Esta técnica se justifica uma vez que o desfecho estudado pode apresentar uma alta prevalência (20% ou mais), o que provocaria uma superestimativa da magnitude da medida de efeito, *odds ratio* (OR), obtida por meio da análise de regressão logística (Barros & Hirakata, 2003). Calcularam-se as razões de prevalências (RP) brutas e ajustadas, bem como seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). A variável dependente, adesão, foi dicotomizada em: indivíduos não aderentes (não apresentou nenhum retorno ou apresentou de um a dois retornos e não perdeu peso) e indivíduos aderentes (apresentou de um a dois retornos e perdeu peso). As variáveis independentes que apresentaram p-valor<0,20 seguiram para a análise ajustada. As variáveis independentes que apresentaram p-valor<0,05 foram consideradas associadas a adesão ao aconselhamento nutricional.

3.7 Aspectos éticos

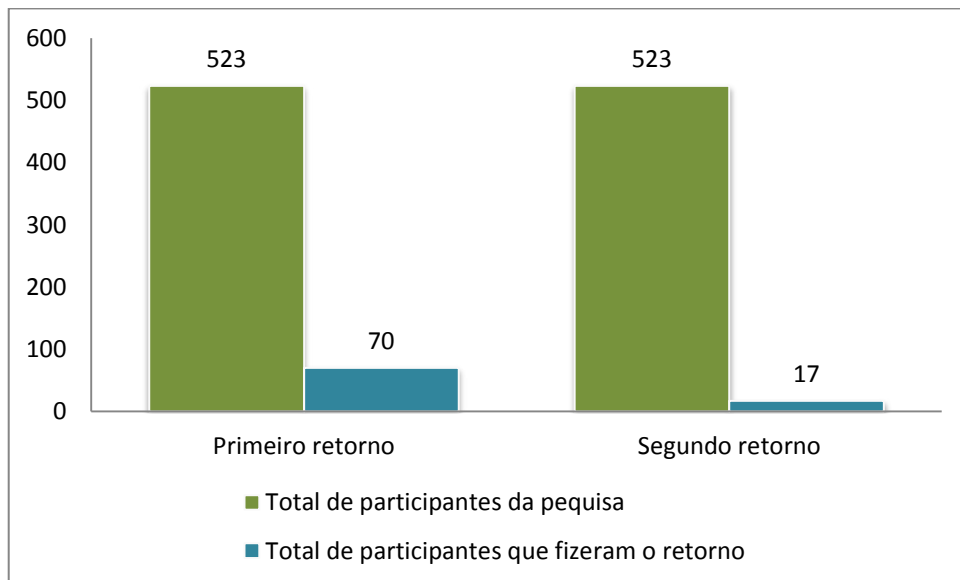
Esta pesquisa foi realizada respeitando-se os princípios éticos e científicos, tendo como base a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares para pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, e aprovado sob protocolo nº 006682/2011-29. 18. Aos participantes, foi solicitado o consentimento informado escrito e de nenhuma forma houve procedimentos que colocassem em risco a integridade física dos indivíduos. Os pacientes que aceitaram participar do estudo tiveram livre arbítrio de desistir ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem que isto ocasionasse qualquer prejuízo ou penalidades aos mesmos (APENDICE C).

4 RESULTADOS

A amostra total do estudo foi de 523 indivíduos. Dessa população os maiores percentuais foram de indivíduos do sexo feminino (88,52%), que tinham idade madura (39%), viviam com companheiro (61,53%), naturais de cidades do interior do Maranhão (53,65%), que estavam fora da PEA (52,11%), tinham renda entre um a menor que três salários mínimos (SM) (62,69%) e auto declaravam-se como não brancos (83,26%). Em relação ao estilo de vida e comorbidades os maiores percentuais foram de indivíduos com obesidade grau 1 (37,47%), que nunca fumaram (67,56%), que param de consumir bebidas alcóolicas (35,76%), não hipertensos (63,47%) e não diabéticos (85,27%).

Dos 523 indivíduos, 72 fizeram um retorno (13,77%), 19 fizeram dois retornos (3,63%) e apenas três fizeram três retornos (0,57%) (Figura 1).

Figura 1: Total de indivíduos que realizaram um ou dois retornos ao aconselhamento nutricional para a perda de peso em Unidade Básicas de Saúde. São Luís, MA. 2010/2016.

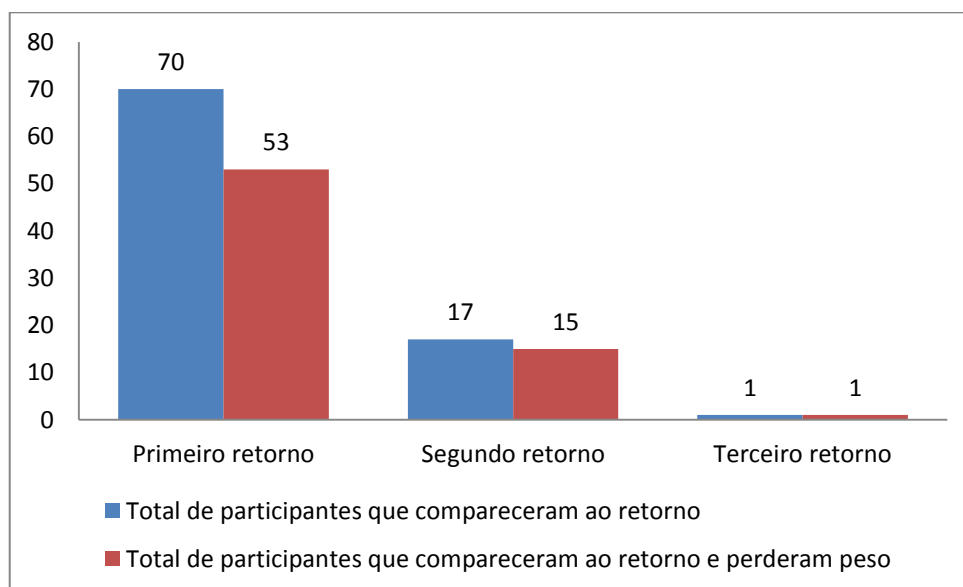


Fonte: Próprio Autor

Dos 72 participantes que fizeram um retorno, apenas 70 tinham informações de seu peso inicial, destes 53 apresentaram perda de peso (75,71%). Dos 19

indivíduos que realizaram dois retornos, apenas 17 tinham informações de seu peso inicial, destes 15 apresentaram perda de peso (88,24%) (Figura 2).

Figura 2: Total de indivíduos que realizaram um ou dois retornos ao aconselhamento nutricional para a perda de peso e perderam peso em Unidades Básicas de Saúde. São Luís, MA. 2010/2016.



¹n = 70 (perda de informação de peso inicial de dois indivíduos).

²n = 17 (perda de informação de peso inicial de dois indivíduos)

Fonte: Próprio autor

Ao final, 54 indivíduos foram classificados como aderentes ao aconselhamento nutricional, representado 10,32% do total da amostra total. Destes os maiores percentuais foram de indivíduos do sexo feminino (85,18%), que tinham idade madura (40,74%), viviam com companheiro (62,96%), naturais de cidades do interior do Maranhão (50,00%), que estavam fora da PEA (66,66%), tinham renda entre um a menos que três SM (59,25%) e auto declaravam-se como não brancos (75,92%). Em relação ao estilo de vida e comorbidades os maiores percentuais foram de indivíduos com obesidade grau 1 (48,14%), que nunca fumaram (53,70%), e nunca consumiram bebidas alcólicas (38,88%), não hipertensos (61,11%) e não diabéticos (81,48%). Se assemelhando em percentuais e variáveis com a amostra total, exceto pelo variável consumo de bebida alcólica (Tabela 1).

Tabela 1: Características socioeconômicas e demográficas de usuários com excesso de peso atendidos em UBS de São Luís – MA. São Luís, 2010/2016.

Variáveis	Adesão			
	Sim		Não	
	n	%	N	%
Sexo				
Feminino	46	9,94	417	90,06
Masculino	8	13,33	52	86,67
Faixa Etária				
Idade Adulta Jovem	3	3,30	88	96,70
Idade Madura	22	10,78	182	89,22
Idade de Mudança	18	10,71	150	89,29
Idosos	11	18,33	49	81,67
Situação conjugal¹				
Com companheiro (a)	34	10,63	286	89,38
Sem companheiro (a)	20	10,00	180	90,00
Cidade de origem²				
São Luís	19	9,36	184	90,64
Interior do Maranhão	27	9,68	252	90,32
Outros	7	18,42	31	81,58
Trabalha				
Sim	18	7,20	232	92,80
Não	36	13,19	237	86,81
Renda³				
Menor que 1 SM*	9	13,43	58	86,57
1 a menos que 3 SM	32	9,82	294	90,18
3 a menos 5 SM	10	12,05	73	87,95
5 ou mais SM	3	6,82	41	93,18
Cor da pele⁴				
Branca	13	14,94	74	85,06
Não branca	41	9,47	392	90,53
IMC				
Sobrepeso	13	8,72	136	91,28
Obesidade grau 1	26	13,27	170	86,73
Obesidade grau 2	10	8,55	107	91,45
Obesidade grau 3	5	8,20	56	91,80

Hipertensão Arterial				
Sim	21	10,99	170	89,01
Não	33	9,94	299	90,06
Diabetes Mellitus				
Sim	10	12,99	67	87,01
Não	44	9,87	402	90,13
Etilismo⁵				
Nunca bebeu	21	12,80	143	87,20
Parou de beber	19	10,22	167	89,78
Bebe	14	8,24	156	91,76
Fumar⁶				
Nunca fumou	29	8,29	321	91,71
Parou de fumar	22	15,17	123	84,83
Fuma	2	8,87	21	91,30

^{1,2,3,4,5} n=520; ⁶ n=518

Fonte: Próprio autor

Das variáveis investigadas na análise não ajustada apenas idade Madura (RP = 3,27; p-valor= 0,03), idade de Mudança (RP = 3,24; p-valor= 0,03), idosos (RP = 5,50; p-valor= 0,03), trabalho (RP = 0,54; p-valor= 0,03), cor (RP = 0,63; p-valor= 0,17), parou de fumar (RP =1,83; p-valor= 0,10) e fuma (RP =1,04; p-valor= 0,10) seguiram para a análise ajustada. Após o ajuste da análise, pessoas com idade madura (RP = 5,12; p-valor = 0,03), idade de mudança (RP = 4,70; p-valor= 0,04) e idosos (RP = 6,00; p-valor= 0,02) apresentaram maior chance de aderirem e pessoas que trabalham (RP= 0,50; p-valor= 0,03) apresentaram menor chance de aderirem ao aconselhamento nutricional (Tabela 2).

Tabela 2: Análise dos fatores associados à adesão ao aconselhamento nutricional para perda de peso de usuários com excesso de peso atendidos em UBS de São Luís – MA. São Luís, 2010/2016. São Luís, 2016.

Variável	Análise não ajustada		Análise ajustada	
	RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p
Sexo				
Feminino	1,0	0,45	Excluída	
Masculino	1,34 (0,63-2,84)			
Faixa Etária				
Idade Adulta Jovem	1,0	0,03	1,0	
Idade Madura	3,27 (0,97-10,92)		5,12(1,19-21,95)	0,03
Idade de Mudança	3,24 (0,95-11,03)		4,70(1,08-20,45)	0,04
Idosos	5,5 (1,55-19,93)		5,98(1,28-27,83)	0,02
Situação conjugal¹				
Com companheiro (a)	1,0	0,82	Excluída	
Sem companheiro (a)	0,94(0,54-1,63)			
Cidade de origem²				
São Luís	1,0	0,32	Excluída	
Interior do Maranhão	1,03(0,57-1,87)			
Outros	1,96(0,82-4,68)			
Trabalha				
Não	1,0	0,03	1,0	
Sim	0,54(0,31-0,96)		0,50(0,27-0,92)	0,03
Renda³				
Menor que 1 SM*	1,0	0,68	Excluída	
1 a menos que 3 SM	0,73(0,34-1,53)			
3 a menos 5 SM	0,89(0,36-2,20)			
5 ou mais SM	0,50(0,13-1,87)			
Cor da pele⁴				
Branca	1,0	0,16	1,0	
Não branca	0,63(0,33-1,18)		0,67(0,35-1,26)	0,22
IMC				
Sobrepeso	1,0	0,46	Excluída	
Obesidade grau 1	1,52(0,78-2,9)			
Obesidade grau 2	0,97(0,42-2,23)			
Obesidade grau 3	0,93(0,33-2,63)			

Hipertensão Arterial				
Não	1,0	0,71	Excluída	
Sim	1,10(0,64-1,91)			
Diabetes Mellitus				
Não	1,0	0,44	Excluída	
Sim	1,31(0,66-2,61)			
Etilismo⁵				
Nunca bebeu	1,0	0,43	Excluída	
Parou de beber	0,79(0,42-1,48)			
Bebe	0,64(0,32-1,26)			
Fumar⁶				
Nunca fumou	1,0	0,10	1,0	
Parou de fumar	1,83(1,05-3,18)		1,57(0,88-2,80)	0,12
Fuma	1,04(0,25-4,39)		1,15(0,27-4,92)	0,84

RP = Razão de prevalência; IC 95% = intervalo de confiança de 95%; p = valor de p

^{1,2,3,4,5} $n=520$ ⁶ $n=518$

Fonte: Próprio autor

5 DISCUSSÃO

Neste estudo observou-se um baixo percentual de adesão. E foi observado também que indivíduos com mais de 31 anos e indivíduos que trabalham apresentaram maior e menor chance de aderirem ao aconselhamento nutricional para perda de peso, respectivamente.

A literatura aponta que os percentuais de não adesão ao aconselhamento nutricional são bastante altos e variam entre 7,2% e 78% (ALDANA, 2005; INELMEN, 2005). As causas dessa não adesão são inúmeras, entre elas destaca-se: falta de tempo para a participação no programa, problemas pessoais e problemas familiares e o aspecto financeiro (TEIXEIRA *et al*, 2004; CHIMENTI, 2006).

Teixeira *et al*. (2004) em um estudo prospectivo no qual acompanharam 158 mulheres adultas com excesso de peso submetidas à terapia em grupo para mudança de comportamento verificaram que os principais motivos para desistência ao tratamento nos primeiros quatro meses foram: falta de tempo para a participação no programa, insatisfação com o programa, problemas pessoais e limitações de saúde. Guimarães *et al* (2010) ao investigarem a adesão ao programa de aconselhamento nutricional em grupo para indivíduos com excesso de peso e comorbidades, onde os voluntários foram divididos em Atendimento Padrão Individual (API) e Aconselhamento Nutricional em Grupo (ANG), os principais motivos para a não adesão ao tratamento foram problemas familiares, pessoais e de saúde, desinteresse e não comparecimento às entrevistas e consultas por falta de tempo.

Em ambos os estudos a falta de tempo foi um dos motivos citados pelos indivíduos pesquisados, vale ressaltar que indivíduos mais velhos e que não trabalham geralmente apresentam mais tempo disponível facilitando, desta forma, sua adesão ao aconselhamento nutricional. Além disso, no presente estudo os atendimentos eram feitos em dias de semana, conforme o funcionamento da unidade de saúde, portanto esse aspecto poderia ser uma barreira para o comparecimento nos retornos por parte de pessoas que trabalham.

Koehnlein *et al*. (2008) também observou baixa adesão ao tratamento nutricional, uma vez que 40% dos pacientes atendidos em uma clínica particular de nutrição para perda de peso em Maringá-Paraná abandonaram o tratamento

dietético. Contudo os maiores índices de abandono do tratamento foram observados nos pacientes com maior excesso de peso, possivelmente pela quantidade de peso a ser perdida. Isso porque os indivíduos obesos apresentam sofrimento psicológico, não só pelo preconceito social, mas também pela preocupação opressiva com a própria imagem, tornando-se inseguros pela inabilidade de manter a perda de peso. Embora o IMC não tenha apresentado associação significativa com a adesão ao tratamento, foi observado maiores percentuais de participantes que não aderiram ao aconselhamento nutricional com obesidade grau 3 seguidos dos participantes com obesidade grau 2.

Contrariamente aos estudos supracitados e ao presente estudo, Rickheim *et al.* (2002) e Aldana *et al.* (2005) verificaram em suas pesquisas uma adesão acima de 72,0%. No primeiro estudo, indivíduos diabéticos foram acompanhados por três meses, destes 72% completaram o protocolo e todos eles, independentemente da orientação recebida (aconselhamento individual ou em grupo), apresentaram melhora do comportamento alimentar. No segundo estudo, que teve como objetivo avaliar o impacto das mudanças do estilo de vida na melhora das variáveis dietéticas em curto prazo (um mês) foi observado que a taxa de desistência foi baixa entre os grupos estudados (7,2% no grupo intervenção e 8,6% no grupo controle). Contudo esses estudos se mostram exceções em meio a uma gama de estudos que não alcançaram valores tão altos de adesão.

Inelmen *et al.* (2005), ao acompanharem 383 pacientes em tratamento ambulatorial individual para obesidade, relataram que após o período de um ano, 77,28% pacientes haviam desistido do estudo, destes 69,7% abandonaram o tratamento ao final dos primeiros três meses e somente 22,72% dos pacientes completaram todo o protocolo proposto. Segundo os autores, o insucesso do tratamento foi associado ao tipo de estratégia utilizada: o atendimento individual não foi suficiente para motivar os indivíduos; eles sugerem que um programa com reuniões em grupo periódicas seria uma medida eficaz para melhorar o nível de adesão. Em contrapartida, Guimarães *et al.* (2010), em estudo com 80 voluntários divididos em aconselhamento individual e aconselhamento em grupo, não constatou diferenças entre os dois quando avaliados sobre a adesão ao aconselhamento nutricional para perda de peso. Neste estudo os indivíduos foram aconselhados individualmente, como uma forma do indivíduo ser visto de maneira mais completa

possível. Além disso, as metas eram construídas a partir de características próprias de cada participante.

Ainda não estão bem esclarecidos os motivos pelos quais alguns indivíduos adotam e sustentam comportamentos que contribuem para a perda de peso e sua manutenção e outros não. Estudos sugerem como fatores preditores de boa adesão: ter elevado grau de motivação intrínseca, ser mais ativo, ausência de tratamentos anteriores e história familiar de obesidade. A ansiedade e os resultados lentos também são apontados como os maiores desmotivadores da reeducação alimentar e comprometem a adesão do indivíduo ao tratamento. Entretanto segundo dados da literatura são fatores que auxiliam na adesão a tratamento nutricional: ser do sexo masculino, ter idade avançada, apresentar IMC menor, manter assiduidade nas consultas. Neste estudo a razão de prevalência aumenta com o avançar da idade, assim como nos estudos destacados (BAUTISTA-CASTAÑO, 2004; TEIXEIRA *et al*, 2004; KOEHNLEIN *et al.*, 2008; GUIMARÃES *et al*, 2010).

A mudança drástica dos hábitos alimentares, a falta de compreensão das orientações nutricionais e o aspecto financeiro também foram as maiores dificuldades encontradas por Chimenti *et al.* (2006) que ao avaliarem a adesão e os fatores intervenientes na dieta hipocalórica em coronariopatas internados em um hospital público de São Paulo apontaram que a falta de compreensão das orientações nutricionais compromete significativamente a adesão ao tratamento dietético.

Koehnlein *et al.* (2008) em estudo sobre a adesão à reeducação alimentar para perda de peso em indivíduos com excesso de peso atendidos em um clínica particular de Maringá-Paraná, também destacaram como um dos fatores que levaram a perda de indivíduos aos aconselhamento a falta de compreensão das orientação nutricionais. Destacaram ainda que essa falta de compreensão não se relaciona com a escolaridade. Uma vez que no estudo realizado por eles não houve associação da escolaridade com a perda de peso. Concluem afirmando que a falta de compreensão das informações passadas ao individuo está intimamente ligada à relação individuo-profissional. E que quanto mais estreita for essa relação melhor é a adesão.

Embora a adesão deste estudo tenha apresentado um baixo percentual, um resultado positivo foi que dos pacientes que realizaram pelo menos um retorno a

grande maioria (75,7%) apresentou perda de peso. Uma possível hipótese para esse resultado é que os indivíduos participavam em conjunto com o avaliador na construção das metas para o auxílio na perda de peso, além disso, essas metas eram de pequeno número e possíveis de serem cumpridas. Isso é importante, pois essa estratégia permitia que os participantes se apresentassem ativos em todo o processo de aconselhamento, evitando mudanças rápidas e até mesmo irreais. Em contrapartida como não havia a presença do mesmo avaliador em todas as consultas, isso pode ter contribuído para uma possível quebra do vínculo participante-aconselhador.

O aconselhamento nutricional tem como base a clínica ampliada e compartilhada que procura promover autonomia e protagonismo dos participantes, encoraja a escuta, encoraja o estabelecimento de vínculo e o entendimento do contexto de vida da pessoa além das queixas apresentadas por ela. Esse modelo de atendimento propõe que a intervenção seja construída “com a pessoa” e não “para a pessoa”, trata-se de uma “construção” e não de uma “aplicação” de intervenção. Sendo assim o indivíduo deve se sentir parte do processo de construção e não mero espectador do aconselhador. Neste estudo o foco era que o participante pudesse junto com o aconselhador estabelecer metas, que dentro da realidade econômica, social e emotiva do participante pudessem ser cumpridas visando uma redução de peso. (ALVARENGA, 2015)

Portanto, acredita-se que novas estratégias de atendimento nutricional devam ser desenvolvidas para promover uma motivação autônoma. Estratégias que se baseiem no empoderamento do indivíduo para que este possa fazer melhores escolhas diante dos desafios cotidianos e adquira habilidades para resolver seus problemas obtendo, assim, resultados melhores e mais duradouros no tratamento do excesso de peso (BAUTISTA-CASTAÑO, 2004; ALDANA *et al.*, 2005; GUIMARÃES *et al.*, 2010;)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente estudo possibilitou as seguintes conclusões:

- O grupo estudado era predominantemente da faixa etária madura, sexo feminino, com companheiro, naturais de cidades do interior do Maranhão, fora da PEA, com renda entre um a menor que três salários mínimos, autodeclarados como não brancos, com estilo de vida de que nunca fumaram, que pararam de consumir bebidas alcoólicas, não hipertensos, não diabéticos e com IMC de obesidade grau 1.
- A taxa de adesão ao aconselhamento nutricional da população estudada foi de 10,32% e destes 75,7% perderam peso.
- Ter idade avançada é um fator que leva a maior adesão ao aconselhamento nutricional para perda de peso e esta trabalhando é um fator que leva a uma menor adesão.

Através deste estudo foi possível analisar os fatores associados à adesão ao aconselhamento nutricional de indivíduos com excesso de peso atendidos em Unidades Básicas de Saúde do município de São Luís, Maranhão. Os resultados poderão ser úteis na elaboração de estratégias para o enfrentamento ao excesso de peso.

REFERÊNCIAS

- ALDANA, S. G. *et al.* **Effects of an intensive diet and physical activity modification program on the health risks of adults.** *Diário da Associação Dietética Americana*, v. 105, n. 3, p. 371-381, 2005.
- ALVARENGA, M. *et al* (Org.). **Nutrição comportamental.** São Paulo: Manole, 2015.
- BARROS, A. J.; HIRAKATA, V. N. **Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio.** *BMC Medical Research Methodology*, v. 3, p.23, 2003.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. **A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais.** *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-191, 2003.
- BAUTISTA-CASTAÑO, I. **Variables predictive of adherence to diet and physical activity recommendations in the treatment of obesity and overweight, in a group of spanish subjects.** *Revista Internacional de Obesidade e Distúrbios Metabólicos Relacionados*, v. 28, n. 5, p. 697-705, 2004.
- BOOG, M. C. F. **Educação nutricional: por que e para quê?.** *Jornal Unicamp*, Campinas, 2 a 8 de agosto de 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, obesidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2014 Saúde Suplementar : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRUNETTO, S. **Aconselhamento nutricional, adesão à dieta e sua relação com parâmetros nutricionais, clínicos e qualidade de vida de pacientes ambulatoriais portadores de insuficiência cardíaca.** 2008. 58 f. Dissertação (Bacharel em Nutrição)–Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
- BUSNELLO, F. M. *et al.* **Intervenção Nutricional e o Impacto na Adesão ao Tratamento em Pacientes com Síndrome Metabólica.** *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 97, n. 3, p. 217-224, 2011.

CHIMENTI, B. M. *et al.* **Estudo sobre adesão: fatores intervenientes na dieta hipocalórica de coronariopatas internados em um hospital público de São Paulo.** Revista Brasileira de Nutrição Clínica, v. 21, n. 3, p. 204-10, 2006.

GUIMARÃES, N.G. *et al.* **Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades.** Revista de Nutrição, Campinas, v. 23, n. 3, p. 323-333, 2010.

INSTITUTO DE MÉTRICA E AVALIAÇÃO EM SAÚDE-IMAS. **Estudo de Carga de Doença Global: gerando evidências, informando políticas de saúde.** Seattle, WA: IHME, 2013.

KOEHNLEIN, E.A.; SALADO, G. A.; YAMADA, A. N. **Adesão à reeducação alimentar para perda de peso: determinantes, resultados e a percepção do paciente.** Revista Brasileira de Nutrição Clínica, v. 23, n. 1, p. 56-65, 2008.

MACHADO J. C.; COTTA R. M. M.; SILVA L. S. **Abordagem do desvio positivo para a mudança de comportamento alimentar: revisão sistemática.** Revista Pan-americana de Saúde Pública, v. 36, n. 2, p. 134-140, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity.** Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894).

RICKHEIM P. L. *et al.* **Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study.** Diabetes Care, v. 25, n. 2, p. 269-274, 2002.

SANTOS R. P. *et al.* **Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Rio Grande do Sul, v.33, n. 4, p. 14-21, 2012.

SILVEIRA, L. M. C; RIBEIRO, V. M. B. **Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2004.

TEIXEIRA, P. J. *et al.* **Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women.** Revista Internacional de Obesidade e Distúrbios Metabólicos Relacionados, v. 28, n. 9, p. 1124-1133, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Geneva: World Health Organization; p. 211, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications.** Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

ALMEIDA, Dhuelly Kelly da Silva

Fatores associados à adesão ao aconselhamento nutricional de indivíduos com excesso de peso atendidos em unidades básicas de saúde do município de São Luis-MA. / Almeida. – UFMA, São Luís, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Deysianne Costa das Chagas

Monografia – Universidade Federal do Maranhão, 2016.

1. Educação Alimentar e Nutricional. 2. Obesidade. 3. Continuidade da Assistência ao Paciente. II. Fatores associados à adesão ao aconselhamento nutricional de indivíduos com excesso de peso atendidos em unidades básicas de saúde do município de São Luis-MA..

CONTINUAÇÃO DADOS DEMOGRÁFICOS, ECONÔMICOS E SOCIAIS

19. POSSE DE ITENS: Marcar o quadrado correspondente	Não tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar (não considerar tanquinho)	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
20. Até que série o chefe de família estudou?		21. Até que série o paciente estudou?			
_____		_____			
OBS.: O Chefe de Família está representado pelo membro (homem/mulher) que detém a maior renda.					

BLOCO C: CO-MORBIDADES

22. HAS (1) Presente (2) Ausente	23. DM (1) Presente (2) Ausente
24. DCV (1) Presente (2) Ausente	25. OUTRAS (1) Presente (2) Ausente _____

BLOCO D: HISTÓRICO FAMILIAR

26. HAS (1) Presente (2) Ausente Grau de Parentesco: _____	27. DM (1) Presente (2) Ausente Grau de Parentesco: _____
28. DCV (1) Presente (2) Ausente Grau de Parentesco: _____	29. OUTRAS (1) Presente (2) Ausente _____ Grau de Parentesco: _____

BLOCO E: HÁBITOS DE VIDA**Agora vamos conversar um pouco sobre o hábito de fumar**

30. Você fuma atualmente? (1) Sim, siga p/ questão 33 (2) Não	31. Você já fumou? (1) Sim (2) Não, siga p/ questão 35
32. Há quanto tempo parou de fumar pela última vez? _____ anos	33. Que tipo de fumo você usa/usava? (1) Cigarro comum (2) Charuto (3) Cachimbo (4) Outro Qual? _____
34. Quantos cigarros fuma/fumava por dia? _____ cigarros/dia	

Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de bebida alcoólica

35. Você toma algum tipo de bebida alcoólica (cerveja, cachaça, vodka, etc) atualmente? (1) Sim, siga p/ questão 38 (2) Não	36. Você consumia bebida alcoólica no passado? (1) Sim (2) Não, siga p/ questão 41
37. Há quanto tempo parou de tomar esse tipo de bebida? _____ anos	38. Com que idade começou a tomar esse tipo de bebida alcoólica? _____ anos
39. Que tipo de bebida alcoólica você toma/tomava com mais frequência? (1) Cerveja (2) Cachaça (3) Vodka (4) Vinho (5) Uísque (6) Outros	40. Quando bebe/bebia, qual a frequência? (1) Semanal, _____ x/semana (2) Quinzenal (3) Mensal (4) Raro

BLOCO F: DADOS ANTROPOMÉTRICOS E PRESSÃO ARTERIAL

41. PA: _____ mmHg	42. Peso: _____ Kg
43. . Altura: _____ m	44. IMC: _____ Kg/m ²
45. Circunferência da Cintura: _____ (cm)	46. Circunferência do Quadril: _____ (cm)
CLASSIFICAÇÃO IMC	CLASSIFICAÇÃO CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA
Adultos: 1. Baixo peso: IMC < 18,5 2. Peso normal: IMC = 18,5-24,9 3. Pré-obeso: IMC = 25,0-29,9 4. Obesidade grau I: IMC = 30-34,9 5. Obesidade grau II: IMC = 35,0-39,9 6. Obesidade grau III: IMC ≥40,00	Homens: 1. Risco diminuído: CC ≤ 94cm 2. Risco aumentado: CC = 94,1 - 101,9cm 3. Alto risco: CC ≥ 102cm
Idosos: 1. Magreza: IMC < 21 2. Peso normal: IMC = 22,0-27,0 3. Excesso de peso: IMC > 27,0	Mulheres: 1. Risco diminuído: CC ≤ 80cm 2. Risco aumentado: CC = 80,1 - 87,9cm 3. Alto risco: CC ≥ 88cm

BLOCO G: QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAC)

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

_____ horas _____ minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

_____ horas _____ minutos

APENDICE B – FOLDER EDUCATIVO

Excesso de Peso

O controle do peso é fundamental para a prevenção de várias doenças como a hipertensão, o diabetes, entre outras. Por isso, fique atento às recomendações a seguir, pois elas irão auxiliá-lo a manter o seu peso o mais próximo do normal, além de atender às suas necessidades de calorias e de nutrientes, proporcionando assim uma vida mais saudável.

Recomendações Gerais:

- Alimente-se somente sentado em lugar calmo, evitando permanecer à mesa após o término da refeição;
- Coma devagar e mastigue bem os alimentos. Evite comer na frente da televisão, pois assim se perde a noção do quanto já se comeu;
- Negocie com os familiares a mudança para alimentos mais saudáveis;
- Realize três refeições ao dia (café da manhã, almoço e jantar) intercaladas com lanches saudáveis em pequenas quantidades, evitando assim tempos prolongados em jejum;
- As fibras auxiliam na saciedade, sendo importante incluí-las diariamente na alimentação, através do consumo de faveiro de trigo, aveia ou gérmen de trigo;



*As verduras também são ricas em fibras, devendo ser consumidas cruas diariamente.

- Consuma até quatro unidades de frutas todos os dias de preferência com casca quando for possível. Além de boas fontes de vitaminas e minerais, são ricas em fibras;

- Leia sempre o rótulo dos alimentos, evitando aqueles que contêm açúcar e sal em excesso, assim como as gorduras trans;



*Pratique atividades físicas regularmente, que é fundamental para o controle de peso, porém somente após avaliação médica;

- Fique sempre atento aos produtos denominados "light", pois eles podem ou não conter açúcar;
- Use produtos "diet" com moderação, pois alguns podem apresentar maior valor calórico (ex: chocolates, bolos, etc);
- Evite o consumo de líquidos durante as refeições.

Prefira

- Adoçantes artificiais, porém o uso deve ser moderado;
- Carnes magras (alcatra, lagarto, coxão mole, coxão duro, filé mignon, músculo, patinho),

peixes e aves sem pele em preparações assadas, grelhadas ou cozidas;

- Doces dietéticos em quantidade moderada;

- Bolos, tortas, pães e biscoitos preparados com adoçante próprio para ir ao forno;

- Temperos naturais como alho, salsa, coentro, cebola, cebolinha, orégano, limão, louro, que darão um sabor todo especial às suas refeições;

- Óleos vegetais no preparo das refeições como: soja, milho, girassol e canola.

Evite

- As carnes gordas (picanha, cupim, carne de porco), os miúdos (fígado, coração, moela), frutos do mar e os alimentos fritos em geral. Mantenha os níveis de colesterol e triglicérides normais, pois o excesso de peso é risco aumentado para doenças cardiovasculares;



- Embutidos: linguiça, mortadela, salame, apresumado, calabresa, salsicha e hambúrguer;
- Biscoitos amanteigados, recheados, polvilho, chocolates, sorvetes, etc;

- O uso de bebidas alcoólicas. A ingestão de álcool deve ser criteriosamente avaliada pelo profissional de saúde;

• Mel, açúcar (refinado, mascavo), leite condensado, caldo de cana, ou qualquer outro alimento que tenha açúcar;

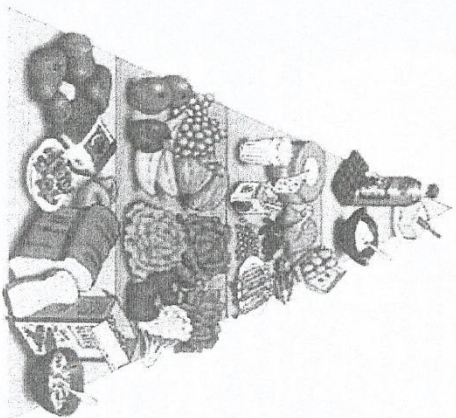
• Açocolatados e misturas lácteas de outros sabores com açúcar;



• Doces concentrados (goiabada, bananada, geléias), doces em calda, chocolates, balas, chicletes;

• Bolos, pães, tortas, biscoitos e outras preparações com açúcar;

• Refrigerantes e refrescos em pó com açúcar.

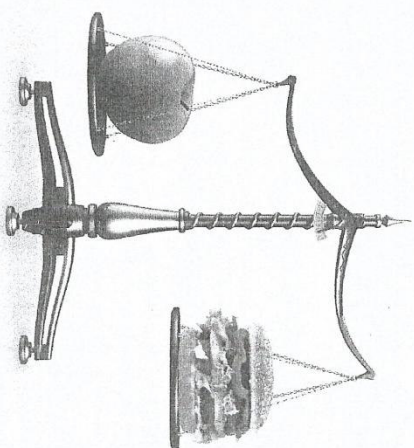


Essas recomendações são de caráter informativo e geral. Lembre-se: Com força de vontade e dedicação é possível atingir o objetivo de perder o peso com saúde, pois uma boa qualidade de vida só é garantida se for possível conciliar mente e corpo em boas condições.



Universidade Federal do Maranhão

— UFMA —



**Orientações Nutricionais
para Excesso de Peso**

SÃO LUIS - MA

APENDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título: Fatores sociodemográficos e nutricionais associados ao excesso de peso em pacientes atendidos em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Luís – MA.

A) Proposta:

Profa. Deysianne Costa das Chagas, professora da Universidade Federal do Maranhão, está conduzindo um estudo com a finalidade de avaliar os fatores sociodemográficos e nutricionais associados ao excesso de peso. Uma vez que você é um paciente assistido em uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Luís, está sendo convidado a participar deste estudo.

B) Procedimento

Se você concordar em participar, as seguintes coisas acontecerão:

1. Você responderá a um questionário que investigará aspectos socioeconômicos e demográficos, estilo de vida, clínicos e nutricionais.
2. Você será submetido a avaliação do estado nutricional, que implicará na aferição de medidas corporais e é para identificar seu estado nutricional e sua composição corporal. Isto levará cerca de 15 minutos.
3. Você também receberá orientação nutricional, com vistas à redução do peso corporal, e será acompanhado a nível ambulatorial por uma nutricionista a cada dois meses, durante o período de um ano.

C) Riscos e Desconforto

Os procedimentos realizados não implicam em qualquer risco para saúde. Algumas das questões que constam do questionário podem ser inapropriadas e produzir sentimentos indesejáveis, mas caso você ache necessário, poderá interromper a entrevista a qualquer momento.

D) Benefícios

A avaliação nutricional irá auxiliar na investigação do seu estado de saúde. Você receberá orientação nutricional que poderá contribuir com a redução do seu peso. Isto poderá trazer benefício direto para você ao participar deste estudo, como também auxiliar outros pacientes com excesso de peso no futuro.

E) Custo

Você não será cobrado por qualquer dos procedimentos realizados no estudo.

F) Reembolso

Você não será reembolsado por participar deste estudo.

G) Confiabilidade dos dados

As informações colhidas serão mantidas em sigilo; seu nome não será divulgado ou revelado em nenhum momento, e todos os dados obtidos serão usados exclusivamente para a pesquisa. Os dados deste estudo poderão ser discutidos com pesquisadores de outras instituições, mas nenhuma identificação será fornecida.

H) Tratamento e compensação por injúria

Se você sofrer qualquer injúria como resultado da sua participação neste estudo, ou se acreditar que não tenha sido tratado razoavelmente, poderá entrar em contato com o

pesquisador responsável por este estudo Profa. Deysianne Costa das Chagas, na Coordenação do Curso de Nutrição ou pelo telefone 98-3272-8531 ou e-mail deysiannechagas@yahoo.com.br. Entretanto, a Universidade Federal do Maranhão não prevê nenhuma forma de compensação financeira por possíveis injúrias.

I) Questões

Se você tiver alguma pergunta a respeito dos seus direitos como participante deste estudo de pesquisa, você deverá entrar em contato com o Comitê de Ética para Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão, localizado na avenida dos portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho PPPG, Bloco C Sala 07, e-mail para correspondência cepufma@ufma.br. Tel. Fone: 3272-8708.

J) Consentimento

A PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA É VOLUNTÁRIA. Você tem o direito de não concordar em participar ou mesmo de retirar-se do estudo em qualquer momento, sem riscos para o seu tratamento médico. Se você desejar e concordar em participar, deve assinar na linha abaixo.

Nome do paciente: _____

CPF/ID: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Pesquisador Responsável