

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ÉVELLYN ALVES GORDIANO

ENTREVISTA MOTIVACIONAL COMO ESTRATÉGIA PARA O DIRECIONAMENTO
DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL DE MULHERES COM OBESIDADE.



CURITIBA

2018

ÉVELLYN ALVES GORDIANO

ENTREVISTA MOTIVACIONAL COMO ESTRATÉGIA PARA O
DIRECIONAMENTO DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL DE MULHERES COM
OBESIDADE.

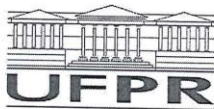
Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Alimentação e Nutrição, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição do Departamento de Nutrição, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Linha de pesquisa: diagnóstico e intervenção nutricional em indivíduos e coletividades.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Maria Vilela
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Eliana M. Schieferdecker

CURITIBA

2018



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **EVELLYN ALVES GORDIANO** intitulada: **ENTREVISTA MOTIVACIONAL COMO ESTRATÉGIA PARA O DIRECIONAMENTO DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL DE MULHERES COM OBESIDADE**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 30 de Julho de 2018.


MARIA ELIANA MADALOZZO SCHIEFERDECKER
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


CARLA CORRADI PERINI
Avaliador Externo (PUC/PR)


CÍBELE PEREIRA KOPRUSZYNSKI
Avaliador Externo (UFPR)

Gordiano, Évellyn Alves

Entrevista motivacional como estratégia para o direcionamento do atendimento nutricional de mulheres com obesidade [recurso eletrônico] / Évellyn Alves Gordiano – Curitiba, 2018.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, 2018.

Orientadora: Professora Dra. Regina Maria Vilela

Coorientadora: Professora Dra. Maria Eliana M. Schieferdecker

1. Mulheres. 2. Sobrepeso. 3. Entrevista motivacional. 4. Redução de peso.
I. Vilela, Regina Maria. II. Schieferdecker, Maria Eliana M. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 616.398

Maria da Conceição Kury da Silva CRB 9/1275

Dedico este trabalho a Deus, por cada detalhe. Ao meu amor, Jean Michel Wolf, por todo apoio e parceria durante todos os anos de estudo. Aos meus pais, Anilton Gordiano e Rose Alves de Oliveira Gordiano, que me deram todo o suporte que puderam para que eu chegasse até aqui, e por terem me ensinado que honestidade, educação e trabalho duro são as bases para uma vida profissional de sucesso. Aos meus sogros, Luzia e Gerson Wolf, pelo total apoio durante este processo. A minha orientadora, Regina Maria Vilela, que além de todo aprendizado que me propiciou por sua experiência em docência e sua paixão por ensinar, ensinou-me grandes lições de vida. Ainda, a todos os amigos que fiz durante esta caminhada, e a excelente equipe que tive a honra de trabalhar, Brenda Chahin (aluna de iniciação científica), Janaina Pontes (aluna de iniciação científica), Ana Paula Garcia Fernandes dos Santos (aluna voluntária no projeto) e Gabriel Farias (aluno voluntário no projeto).

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho não poderia ser realizado sem o grande apoio recebido de indivíduos, programa de Pós-graduação e CAPES. Agradeço por isso a excelente equipe que de diversas maneiras auxiliaram no desenvolvimento deste trabalho, sendo os membros Brenda Chahin (aluna de iniciação científica), Janaina Pontes (aluna de iniciação científica), Ana Paula Garcia Fernandes dos Santos (aluna voluntária no projeto), Gabriel Farias (aluno voluntário no projeto), orientadoras professoras doutoras Regina Maria Vilela e Maria Eliana M. Schieferdeck. Agradeço ainda ao Curso de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição, na pessoa de seu coordenador Prof^a Dr^a Claudia Carneiro Hecke Kruguer pela oportunidade e apoio recebidos. A CAPES pela bolsa de estudos ofertada, que permitiu o desenvolvimento do trabalho. Ainda, as professoras, Prof^a. Dr^a. Cíbele Pereira Kopruszynski e Prof^a. Dr^a. Carla Corradi Perini, pelas contribuições e sugestões no trabalho.

“ Se você tratar um indivíduo como ele é, ele permanecerá assim,
mas se você tratá-lo como se ele fosse o que deveria e poderia
ele se tornará o que deveria e poderia

Johann Wolfgang von Goethe

RESUMO

INTRODUÇÃO: a obesidade é uma pandemia global, resultando em uma série de doenças crônicas e comprometendo a qualidade de vida dos indivíduos. Já é conhecida a baixa adesão dos indivíduos com obesidade a dietas, destacando a necessidade de associar a intervenção nutricional com estratégias complementares, como a Entrevista Motivacional (EM). **MÉTODOS:** no presente trabalho foi realizada uma revisão integrativa, visando o levantamento de pesquisas que fizeram o uso da EM em mulheres com obesidade, objetivando redução de peso, sendo direcionada pela seguinte pergunta norteadora “Qual o impacto da Entrevista Motivacional em mulheres adultas com excesso de peso?”. Ainda, foi realizada sugestão de protocolo de EM para aplicação na nutrição clínica, com objetivo de auxiliar o atendimento nutricional de indivíduos com obesidade, sendo o primeiro protocolo de EM para atendimento nutricional sugerido na literatura até então. Por fim, foi realizada pesquisa, ensaio clínico cego, em hospital escola na região de Curitiba, Paraná, com 39 mulheres com diagnóstico de obesidade graus I e II. Essas foram divididas, randomicamente, em grupo controle (orientação com o modelo do prato) e intervenção (orientação baseada na entrevista motivacional e com o modelo prato), e tiveram atendimento nutricional realizado durante três meses, com uma consulta ao mês. Foram analisados parâmetros antropométricos, por meio da avaliação de peso, altura, circunferência abdominal e de pescoço; Consumo alimentar por meio do registro alimentar de três dias; nível de segurança alimentar, Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), postura do indivíduo quanto ao balanço energético, *Survey Instrument for Energy Balance Audience Segmentation* (SIEBAS), nível de disfunção psicossocial, *Obesity-Related Problem* (OP), e nível de atividade física por meio do Questionário Internacional de Atividade Física. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** o levantamento de pesquisas na revisão integrativa apontou que a EM parece ter impacto positivo na redução de peso de mulheres com excesso de peso, além de auxiliar na manutenção desta redução. Contudo, há ainda limitações que podem prejudicar a percepção da influência da técnica, como o tamanho reduzido das amostras e a falta de grupo controle, com isso, destaca-se a necessidade de mais estudos para que a eficácia da técnica possa ser melhor compreendida neste público. Quanto ao protocolo, foi sugerido protocolo com base na literatura sobre a técnica,

contextualizando com a nutrição clínica. No que diz respeito ao último artigo, no grupo EM, houve redução em CP e CA. Por outro lado, no grupo controle, houve redução no consumo energético, além de redução de peso. Em ambos os casos, a redução nos parâmetros antropométricos foram mínimas, não permitindo uma mudança no risco metabólica das clientes. CONCLUSÃO: são necessárias mais pesquisas utilizando a EM na nutrição clínica para verificar a eficácia na redução de peso de mulheres com obesidade.

Palavras-chave: mulheres, sobrepeso, obesidade, entrevista motivacional, redução de peso

ABSTRACT

INTRODUCTION: obesity is a global pandemic, resulting in a number of chronic diseases and compromising the quality of life of individuals. It is already known the low adherence of individuals with obesity to diets, highlighting the need to associate complementary strategies, such as the Motivational Interviewing (MI), to the nutritional intervention. **METHODS:** in the present work it was performed an integrative review, aiming researches that had used the MI in women with obesity aiming weight reduction. The guiding question was "What is the impact of Motivational Interviewing in adult women with excess weight?". Furthermore it was made a protocol suggestion for the application of the MI in clinical nutrition, with the objective of assisting the nutritional care of individuals with obesity, being this the first MI protocol suggested for nutritional care in the literature so far. Finally it was held a research as a clinical blind trial, in a school hospital in the region of Curitiba, Paraná, with 39 women with a diagnosis of obesity classes I and II. The women were randomly divided in control group (orientation with the model of the dish) and intervention group (guidance based on motivational interviewing and the model plate). Both groups had a nutritional care carried out during three months, with monthly appointments. Were analyzed anthropometric parameters, through the assessment of weight, height, abdominal and neck circumference; food consumption through a three day food registry; level of food security, Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), the posture of the individual regarding the energy balance, Survey Instrument for Energy Balance Audience Segmentation (SIEBAS), psychosocial level of dysfunction, Obesity-Related Problem (OP), and the level of physical activity by Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). **RESULTS AND DISCUSSION:** the integrative review pointed out that the MI seems to have a positive impact in the weight reduction in women with excess weight, in addition to assisting in the maintenance of this reduction. However, there are limitations that can impair the perception of the influence of the technique, such as the reduced size of samples and the lack of a control group. Thus we underline the need for further studies so the effectiveness of the technique can be better understood in this public. As for the protocol, it was proposed based on the available literature on the technique, considering the clinical nutrition context. With regard to the last article there was a

reduction in CP and CA in the MI group. On the other hand, there was a reduction in energy consumption and weight in the control group. In both cases, the reduction in the anthropometric parameters were minimal, not allowing a change in the metabolic risk of customers. CONCLUSION: more researches are needed using the MI in clinical nutrition to verify its effectiveness on weight reduction of women with obesity.

Keywords: women, overweight, obesity, motivational interview, weight reduction

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	17
3	REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	18
3.1	EPIDEMIOLOGIA DO EXCESSO DE PESO, IMPACTOS SOBRE A SAÚDE PÚBLICA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	18
3.1.1	Epidemiologia e consequências do excesso de peso	18
3.1.2	O excesso de peso e sua relação com a Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil	19
3.2	TRATAMENTOS DA OBESIDADE.....	26
3.2.1	Tratamento farmacológico e cirúrgico	26
3.2.2	Tratamento dietético.....	32
3.3	A ENTREVISTA MOTIVACIONAL COMO ESTRATÉGIA PARA O ACONSELHAMENTO DE DOENTES	37
3.3.1	Estratégias eficazes na prática da EM	41
3.3.2	Motivação e estágios de mudança	45
3.4	IMPACTO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EM PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS, BIOQUÍMICOS, ALIMENTARES E COMPORTAMENTAIS.....	48
3.5	ENTREVISTA MOTIVACIONAL E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	52
4	CAPITULO 3 - IMPACTO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EM MULHERES ADULTAS COM EXCESSO DE PESO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	55
4.1	INTRODUÇÃO	56
4.2	MÉTODOS	58
4.3	RESULTADOS	58
4.4	DISCUSSÃO	66
4.5	CONCLUSÃO	67
4.6	REFERENCIAS	68

5	CAPÍTULO 4 - VAMOS INSISTIR COM O MONÓLOGO TÉCNICO? QUE TAL OUVIR OS CLIENTES? PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL PARA REDUÇÃO DE PESO VIA ENTREVISTA MOTIVACIONAL.....	71
5.1	INTRODUÇÃO	72
5.2	O QUE É A ENTREVISTA MOTIVACIONAL?.....	73
5.3	POR QUE UTILIZAR A EM NO ATENDIMENTO NUTRICIONAL DE INDIVÍDUOS COM EXCESSO DE PESO?	74
5.4	COMO UTILIZAR A EM NA PRÁTICA CLÍNICA DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL?	75
5.5	EXEMPLO DE DIÁLOGO NO ATENDIMENTO NUTRICIONAL	86
5.6	CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	88
5.7	REFERÊNCIAS	89
6	CAPÍTULO 5 – INFLUÊNCIA DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL, APLICADA AO ATENDIMENTO NUTRICIONAL, EM PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS E CONSUMO ALIMENTAR DE MULHERES COM OBESIDADE.....	92
6.1	INTRODUÇÃO	93
6.2	MÉTODOS	94
6.2.1	Seleção dos participantes	95
6.2.2	Avaliação do consumo alimentar	98
6.2.3	Avaliação da adequação do consumo alimentar	99
6.2.4	Aplicação de questionários	99
6.2.5	Informações gerais.....	100
6.2.6	Avaliação antropométrica.....	100
6.2.7	Avaliação bioquímica	101
6.2.8	Prescrição dietética	101
6.2.9	Grupo controle	102
6.2.10	Grupo intervenção – EM	102
6.3	RESULTADOS	107

6.3.1	Seleção dos participantes	107
6.4	DISCUSSÃO	113
6.5	REFERÊNCIAS	116
7	CONCLUSÃO FINAL	120
	REFERENCIAS.....	121
	ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	129
	ANEXO 2 - SURVEY INSTRUMENT FOR ENERGY BALANCE AUDIENCE SEGMENTATION (SIEBAS)	133
	ANEXO 3 FÓRMULAS PARA CÁLCULO DA CLASSIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SIEBAS-.....	135
	ANEXO 4 - OBESITY-RELATED PROBLEM SCALE (OP)	136
	ANEXO 5 - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ)	138
	ANEXO 6 - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)	139

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a *World Health Organization* (WHO, 2017), em 2016 mais de 1,9 bilhões de indivíduos no mundo acima de 18 anos tinha excesso de peso, sendo cerca de 650 milhões obesos. Neste cenário, 39% da população de mulheres apresentava excesso de peso, mesma porcentagem observada entre os homens. Contudo, quanto à obesidade, o percentual de mulheres acometidas era de 15%, maior que o de homens, que se encontrava em 11%. Além disso, nas últimas quatro décadas, a prevalência de excesso de peso e obesidade aumentou mais entre as mulheres. (WHO, 2018). No Brasil, de acordo com dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2008-2009, 48% das mulheres com mais de vinte anos no país apresentavam excesso de peso e 16,9% obesidade (IBGE, 2010).

Já são conhecidas as consequências do excesso de peso, que incluem aumento do risco de doença cardiovascular, hipertensão, acidente vascular cerebral e diabetes (GRUNDY et al., 2004; MARCHESINI et al., 2004; ERVIN, 2009), por tal, são diversos os tratamentos para o excesso de peso, incluindo dietoterapia, tratamento farmacológico, tratamento cirúrgico, em indivíduos com obesidade grave, prática de atividade física e modificações no estilo de vida (ABESO, 2016). Ainda assim, o tratamento para excesso de peso continua sendo um desafio global, sendo até mesmo frequente o reganho de peso após cirurgias bariátricas, que tem sido associado as práticas alimentares destes indivíduos (BASTOS et al. 2013). Contudo, são variadas as opções de dieta para o público com sobrepeso e obesidade, para manutenção ou redução de peso (ABESO, 2016; AND, 2016; ALMEIDA et al., 2009), o que traz à tona a dificuldade deste público na aderência a dieta. Sabe-se que diversas opções de dieta indicadas a estes indivíduos são baseadas em grandes restrições alimentares (ABESO, 2016; AND, 2016; ALMEIDA et al., 2009), o que pode resultar em altas taxas de abandono do tratamento (ALMEIDA et al., 2009).

Considerando tais aspectos, em especial a baixa adesão deste público aos tratamentos atuais (BUENO et al., 2011; MACHADO, KIRSTEN, 2011; VANNUCHI et al., 2016), destaca-se uma urgente necessidade de divulgar intervenções para redução do peso que busquem a melhora da adesão à terapia nutricional e com escalabilidade (PAGOTA, APPELHANS, 2013). Neste contexto, a intervenção terapêutica exige dos profissionais de saúde tanto conhecimentos técnicos, quanto o

desenvolvimento de competências relacionais que promovam a motivação do doente, de forma que ele seja um agente ativo na resolução deste problema (SANTOS, 2009).

Nesta linha de pensamento, surge o conceito de Entrevista Motivacional (EM) ou *Motivational Interviewing* (MI), que é uma abordagem psicológica desenvolvida por Miller e Rollnick (1992), que coloca a ênfase na responsabilidade individual e atribuição interna de mudança (MILLER, 1983), visando centrar a terapia no indivíduo, estimulando-o a verbalizar suas próprias motivações para mudança e fortalecendo-as (MILLER, ROSE, 2009). Por basear-se na motivação intrínseca do indivíduo, a EM atua como ferramenta para ajudar o paciente a se sentir envolvido, e no controle de sua saúde e autocuidado (SOUZA, 2012). Diversos estudos tem apontado a eficácia da EM nos cuidados primários (HARDCASTLE et al., 2008), além de melhora significativa na redução de peso (WEST et al., 2007; HARDCASTLE et al., 2008; HARDCASTLE et al., 2013; WATTANAKORN et al., 2013) mudança de hábitos alimentares (WATTANAKORN et al., 2013), e atividade física (HARDCASTLE et al., 2008). Contudo, não há na literatura estudos aplicando a EM associada ao atendimento nutricional em indivíduos obesos no Brasil, destacando a necessidade de verificar se a associação da EM no atendimento nutricional deste público pode apresentar melhor eficácia, ou até mesmo mostrar-se como alternativa terapêutica.

A presente dissertação será apresentada na forma de três capítulos, sendo o primeiro uma revisão integrativa abrangendo o uso de Entrevista Motivacional em mulheres com excesso de peso, o segundo a sugestão de protocolo de uso da Entrevista Motivacional na Nutrição Clínica, e o terceiro a análise da intervenção realizada em mulheres com obesidade fazendo uso da EM associada ao atendimento nutricional.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Apresentar três artigos desenvolvidos durante o programa de pós-graduação em Alimentação e Nutrição, abrangendo o uso da Entrevista Motivacional no atendimento de indivíduos com excesso de peso.

Objetivos Específicos

- Realizar revisão integrativa a fim de analisar de maneira crítica estudos realizados em mulheres com excesso de peso que utilizaram intervenção da EM.
- Elaborar e sugerir protocolo de uso da EM na nutrição clínica, descrevendo suas etapas de atendimento e embasando ao referencial teórico atual.
- Verificar o impacto da Entrevista Motivacional, associada à dieta pelo modelo do prato saudável, no perfil clínico, consumo alimentar e qualidade de vida de mulheres com obesidade.

3 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

3.1 EPIDEMIOLOGIA DO EXCESSO DE PESO, IMPACTOS SOBRE A SAÚDE PÚBLICA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

3.1.1 Epidemiologia e consequências do excesso de peso

O excesso de peso, termo que abrange o sobrepeso e obesidade, é definido como o acúmulo anormal ou excesso de gordura corporal, sendo estabelecido como sobrepeso quando o IMC do indivíduo está entre ≥ 25 kg/m², e obesidade quando ≥ 30 kg/m² (WHO, 2017). A causa fundamental do excesso de peso é o desequilíbrio entre o consumo e gasto energético (WHO, 2017), influenciados por fatores ambientais e político-sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018b).

Esta elevada ingestão energética normalmente é resultado do consumo de alimentos ricos em energia e em gordura, que associados ao sedentarismo acarretam no excesso de peso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018b). Contudo, tanto a ingestão alimentar quanto inatividade física são resultados de mudanças ambientais e sociais, associadas ao desenvolvimento urbano, e falta de políticas de apoio em setores como saúde, agricultura, transporte, planejamento urbano, meio ambiente, processamento de alimentos, distribuição, marketing e educação (WHO, 2017).

Mundialmente, de acordo com WHO (2017) mais de 1,9 bilhões de indivíduos maiores de 18 anos tinha excesso de peso, sendo cerca de 650 milhões obesos. Neste cenário, 39% da população das mulheres apresentava excesso de peso, mesma porcentagem observada nos homens. Contudo, quanto a obesidade, o percentual de mulheres acometidas era de 15%, maior que o de homens, 11%, além disso, nas últimas quatro décadas, a prevalência de excesso de peso e obesidade aumentou mais entre as mulheres (WHO, 2018).

No Brasil, de acordo com dados da POF - 2008-2009, 48% das mulheres brasileiras com mais de vinte anos apresentavam excesso de peso, e 16,9% apresentavam obesidade, caracterizando cerca de 1/3 dos casos de excesso de peso

entre elas (IBGE, 2010). De acordo com dados do VIGITEL - Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico, pesquisa realizada por inquérito telefônico, em 2006, 38,5% das mulheres apresentava excesso de peso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a), já em 2016 este valor passou para 50,5% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b). Quanto à obesidade, em 2006, 12,1% das mulheres apresentavam tal diagnóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a) e, em 2016, este valor aumentou para 19,6% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b), o que destaca a gravidade da situação no país.

O excesso de peso é fator de grande preocupação social por trazer diversas consequências aos indivíduos e sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018b), como aumento do risco de doença cardiovascular (WHO, 2016; GRUNDY et al., 2004; MARCHESINI et al., 2004; ERVIN, 2009;), acidente vascular cerebral e diabetes (WHO, 2016; GRUNDY et al., 2004; MARCHESINI et al., 2004; ERVIN, 2009;), desordens musculo esqueléticas (WHO, 2016) e alguns tipos de câncer (WHO, 2016).

Além disso, tais consequências resultam em um elevado gasto a saúde pública, conforme aponta estudo de Bahia e colaboradores, 2012, que ao analisar os anos de 2008 a 2010 no Brasil, verificou que o custo médio estimado para o Sistema Único de Saúde com doenças relacionadas ao excesso de peso foi de US\$ 2,1 bilhões em um ano, sendo US\$ 1,4 bilhões em hospitalizações e US\$ 679 milhões em procedimentos ambulatoriais (BAHIA et al., 2012).

3.1.2 O excesso de peso e sua relação com a Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil

A Lei de Segurança Alimentar e Nutricional, Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, estabelece que a alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população. Em seu artigo 2º destaca que é dever do poder

público respeitar, proteger, promover, prover, informar, monitorar, fiscalizar e avaliar a realização do direito humano à alimentação adequada, bem como garantir os mecanismos para sua exigibilidade. Em seu artigo 4º, item III, é citado que a Segurança Alimentar e Nutricional abrange a promoção da saúde, da nutrição e da alimentação da população, incluindo-se grupos populacionais específicos e populações em situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2006).

A garantia integral do direito humano a alimentação adequada e saudável deve ser concebida a partir de duas dimensões: estar livre da fome e da desnutrição e ter acesso a uma alimentação adequada e saudável. Os indicadores apontam que, no que se refere a segunda dimensão, ainda há muito a que se evoluir considerando que o atual padrão alimentar da população brasileira, tem levado a um quadro alarmante de saúde (CAISAN, 2011; IBGE, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b), resultando em altos níveis de excesso de peso (ABESO, 2018).

Vale destacar que o risco de sobrepeso e obesidade pode ser potencialmente aumentado pela insegurança alimentar (ADAMS, GRUMMER-STRAWN, CHAVEZ, 2003), conforme aponta estudo realizado com 8169 mulheres, que verificou que a obesidade foi mais prevalente em situação de insegurança alimentar (31,0%) do que em mulheres com segurança alimentar (16,2%), além disso foi confirmado que aquelas que estavam em Insegurança Alimentar tinham a possibilidade de ter 47% mais obesidade, ou 2,8 vezes mais chances de estarem com sobrepeso (ADAMS, GRUMMER-STRAWN, CHAVEZ, 2003). Ainda neste contexto, outro estudo que avaliou 200 mulheres apontou que mais de 50% das mulheres com insegurança alimentar estavam com excesso de peso, da mesma forma, mais mulheres em insegurança alimentar apresentaram maior circunferência de cintura. Além disso, o IMC médio foi significativamente maior em mulheres com insegurança alimentar e fome na infância, se comparado a mulheres em segurança alimentar. Foi também verificado que mulheres com insegurança alimentar apresentaram menos anos de escolaridade, renda familiar e renda per capita, mais filhos e mães como donas de casa, apontando alguns dos múltiplos fatores que resultam na obesidade (SHARIFF, KHOR, 2005).

Além dos estudos citados anteriormente, há apontamento na literatura de que mulheres em insegurança alimentar, ainda que sem fome, apresentavam

significativamente maior probabilidade de serem obesas, além disso, níveis intermediários de insegurança alimentar também foram associados ao ganho de peso (WILDE, PETERMAN, 2006). Ainda, estudo realizado em Campinas, São Paulo, apontou que o custo da alimentação para grande parte das famílias analisadas era muito alto, comprometendo significativa parcela da renda no lar. Isto resultava em restrições quantitativas de alimentos, o que fazia com que as famílias optassem por alimentos de maior densidade energética (PANIGASSI et al, 2008).

Além destes fatores já citados, vale ressaltar que os produtos alimentícios podem ser adquiridos tanto para satisfazer as necessidades fisiológicas quanto para o desejo de obter prazer, tornando-se com isso um mercado potencialmente significativo para a indústria (SARTORI, 2013). A participação da indústria na produção de alimentos processados é histórica. A partir da Segunda Guerra Mundial se fortaleceu a ideia de que a produção de alimentos era insuficiente e agravava a fome. Com isso, foi iniciada a Revolução Verde, modelo baseado na utilização de sementes de alto rendimento, fertilizantes, pesticidas, mecanização em massa, além de uma produção alimentar fortemente dependente de insumos químicos. Com a intensificação da Revolução Verde coube a indústria alimentícia utilizar o excedente gerado pelo processo, colocando-o no mercado sob a forma de alimentos industrializados. O aprimoramento tecnológico e aumento da produção da indústria alimentícia permitiu o uso de ingredientes e aditivos alimentares de custo extremamente baixo, aumentando a disponibilidade e reduzindo o custo de alimentos industrializados. Com isso, desde a década de 80, tem-se observado redução do consumo de refeições preparadas com base em alimentos e ingredientes culinários por produtos alimentícios ultraprocessados (MACHADO, OLIVEIRA, MENDES, 2016).

Tais produtos ultraprocessados são fabricados a partir de substâncias extraídas, processados ou refinadas de alimentos integrais. Podendo ser utilizados restos de alimentos animais ou peças baratas, com pouco ou nenhum alimento inteiro. Como exemplos de produtos ultraprocessados pode-se citar hambúrgueres, massas congeladas, pizzas, nuggets, biscoitos, bebidas açucaradas e outros lanches. A maior parte é feita, anunciada e vendida por empresas grandes ou transnacionais, sendo alimentos muito duráveis, palatáveis, e prontos para o consumo, uma aparente vantagem a alimentos frescos, perecíveis ou minimamente processados. São

alimentos usualmente ricos em sódio, energia, açúcar, com alta carga glicêmica, baixo teor de fibras e micronutrientes. A alta palatabilidade alcançada por estes produtos é geralmente resultado dos altos teores de gordura, açúcar, sal, dentre outros aditivos, que podem prejudicar os mecanismos endógenos de saciedade, promovendo um consumo excessivo de calorias e aumentando os índices de obesidade (MONTEIRO et al., 2013) e doenças crônicas (MACHADO, OLIVEIRA, MENDES, 2016)

Ainda, além da alta palatabilidade destes alimentos, há ainda as agressivas estratégias de marketing utilizadas na venda desses produtos (MONTEIRO et al., 2013). O marketing aplicado à indústria de alimentos identifica os fatores que, conscientemente ou inconscientemente, determinam o ato da aquisição e também o estabelecimento de uma relação de fidelização do consumidor com o produto (SARTORI, 2013). A predominância da mídia de massa, como rádio e televisão, favoreceu a divulgação de marcas conhecidas pela população e a disseminação de estratégias de marketing, como embalagens coloridas, peças publicitárias com imagens de forte apelo emocional, slogans e jingles repetitivos (SARTORI, 2013). O marketing industrial foi ainda ampliado com o processo de globalização, que rompeu as barreiras entre os países, acabando por estimular padrões mundiais de consumo e ideias. Este processo estimulou uma padronização do consumo alimentar, com valores baseados em símbolos e produto, sendo estes cada vez mais supérfluos e adequados a lógica do consumismo exacerbado (PINHEIRO, CARVALHO, 2008).

Dentre as formas de marketing utilizadas pelas indústrias produtoras de alimentos processados e ultraprocessados têm-se a associação a grupos científicos, grupos estes que tem como finalidade a promoção de hábitos saudáveis. Tal associação é apontada em estudo de Palma e colaboradores (2014) que analisaram organizações científicas e a associação destas com empresas fabricantes de alimentos com alto valor glicêmico e/ou baixo valor nutritivo. As organizações científicas foram escolhidas por meio de dois critérios: deveriam assumir claramente sua posição de combate ao sedentarismo e obesidade e possuírem grande relevância neste campo. Foi verificado que a CELAFISCS, Associação Brasileira de Nutrologia e Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica apresentaram alguma associação com empresas fabricantes de alimentos com alto valor glicêmico e/ou baixo valor nutritivo. Ainda, foi verificado que um evento criado

pela CELAFISCS, divulgadora da ideia “Exercício e Medicina”, era patrocinado pela empresa Nestlé®, grande indústria alimentícia fabricante de inúmeros industrializados e fast-foods. Além disso, foi verificada relação de diversas *empresas como* Coca-Cola Brasil, Kraft, Nestlé, Unilever e a Sadia com patrocínio do programa “Prazer de Estar Bem”, realizado pela Federação das Indústrias de São Paulo (Fiesp) em 285 escolas do estado de São Paulo. Este programa alega reduzir a obesidade infantil no país e educar jovens e adultos sobre os benefícios da prática de atividades físicas e hábitos alimentares saudáveis. O estudo destacou ainda a insistência que estas empresas apresentavam ao afirmar que buscavam incentivar comportamentos associados à prática regular de atividades físicas, à alimentação saudável e ao propósito de reduzir a obesidade e melhorar a saúde. Foi também descrito o envolvimento de diferentes empresas do setor de alimentos considerados não saudáveis, como a Coca-Cola®, a Kraft® (produz os chocolates da marca Lacta®), a Nestlé®, a Unilever® (fabrica os sorvetes Kibon® e o alimento à base de glucose de milho Karo®) e a Sadia® com eventos científicos, organizações científicas envolvendo diferentes profissionais. Os autores destacaram ainda que algumas instituições de caráter científico, que deveriam se preservar de tais associações e lutar contra o consumo desses alimentos, pareciam rendidas à força econômica exercida por mega-empresas. Destacou-se com isso a incoerência entre os discursos das instituições que dizem promover saúde com suas ações, ao permitir o patrocínio de empresas produtoras de alimentos de baixo valor nutricional. É também fator preocupante a influência que as instituições médico-científicas têm sobre a população, e os claros conflitos de interesse ao serem patrocinadas por estas empresas (PALMA et al., 2014).

Tais análises trazem à tona a dominância do mercado financeiro na vida da sociedade, que em geral passou a ser tão grande que acabou por submeter a saúde dos indivíduos ao consumo. Desta forma, as pessoas buscam produtos que lhes auxiliem atingir um padrão de boa saúde, que é insistentemente veiculado pela mídia, que por sua vez, obedece a interesses hegemônicos e tratam a saúde como mercadoria. Destaca-se que o que guia o mercado atualmente é um modelo neoliberalista, em que o mercado e não o Estado regula a economia (PINHEIRO, CARVALHO, 2008).

Neste contexto neoliberal, a política social passa a ser vista não como direito social, mas como paternalista, geradora de desequilíbrio por gerar algo que deveria ser acessado pelo mercado. Este fator desestimula a responsabilização do Estado, resultando em um Estado mínimo para a população trabalhadora e Estado máximo para o capital (PINHEIRO, CARVALHO, 2008). É válido recordar que o não cumprimento dos diferentes níveis de obrigações do Estado, como respeitar, proteger, promover e prover o Direito Humano a Alimentação Adequada, consiste em violações dos tratados internacionais por parte do poder público, ainda que as violações possam ter sido originalmente provocadas por interesses políticos, econômicos ou por ações ou omissões de empresas privadas (ABRANDH, 2010).

Em paralelo a estes fatores, discutidos anteriormente, há ainda o estigma trazido pelo excesso de peso, pela visão social do corpo obeso como um corpo periférico, quase como um sinônimo de descuido e falta de disciplina (FERNANDES, BARBOSA, 2016). Na sociedade atual, o corpo magro parece ser o único tipo de corpo valorizado, gerando sofrimento e adoecimento nos sujeitos que não se enquadram nesses padrões hegemônicos de beleza. A supervalorização da magreza transformou a gordura em um símbolo de falência moral, e o obeso passa a carregar uma marca moral indesejável (MATTOS, LUZ, 2009).

A mesma mídia que, conforme exposto, investe em marketing agressivo e estimula consumo de alimentos industrializados (MONTEIRO et al, 2013) veicula uma ideologia, um olhar cultural hegemônico, na medida em que seleciona, enfatiza e interfere, por meio de palavras e imagens, na construção dos corpos ditos belos e saudáveis. Ao veicular esses produtos simbólicos acaba por difundir modelos e padrões de aparência corporal, modelos muitas vezes não condizentes com a indicação de profissionais de saúde ao orientar um corpo saudável. A mídia com isso toma para si a capacidade de ditar o que é um uso legítimo ou ilegítimo de um corpo (MATTOS, LUZ, 2009).

Considerando este panorama, há alguns pontos chaves para a busca da Segurança Alimentar e Nutricional e redução dos índices de obesidade, como o aumento da disponibilidade de alimentos saudáveis, medidas regulatórias como a publicidade de alimentos e a melhora do perfil nutricional com educação alimentar e

geração de conhecimento. A ampliação de políticas públicas que atrelem esses dois paradoxos é fundamental para a efetivação de melhoria nos quadros apresentados (MAZUR, NAVARRO, 2015)

São também necessários incentivos para mudar ambientes macro e micro ambientais. No que diz respeito aos fatores macro ambientais têm-se os fatores físicos, que envolvem modificações agrícolas, habitação, transporte, e políticas sociais que influenciem a produção e distribuição de alimentos; fatores econômicos que ofereçam incentivos monetários para opções alimentares saudáveis e desincentivos - impostos - para opções não saudáveis; fatores políticos que promovam a agricultura, segurança social e políticas públicas de nutrição e alimentos; socioculturais que estimulem comercialização de alimentos e publicidade correta. Quanto aos fatores para mudança micro ambientais têm-se os fatores físicos, pois varejistas de alimentos e pontos de atendimento determinam os locais e opções de alimentos saudáveis; fatores econômicos, promovendo a saúde com programas de nutrição e suporte financeiro para apoio da produção local de alimentos; fatores políticos, com regras institucionais e políticas que influenciam disponibilidade de opções de alimentos saudáveis; fatores socioculturais, institucionalização em torno de uma alimentação variada e manutenção de um peso corporal saudável (RUTTEN et al, 2012).

Destaca-se também com isso, a relevância das ações ao nível do Sistema Único de Saúde, que desempenha papel importante, pois é universal e considera a saúde como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, ainda, aponta a alimentação como um dos fatores determinantes para saúde. Considera também que é dever do Estado formular e executar ações que visem redução de risco de doenças e outros agravos (BRASIL, 1990). Desde a implementação do SUS, novas tecnologias e resultados de pesquisas científicas são continuamente incorporados à área de saúde, contudo, apesar destes avanços o distanciamento entre os profissionais de saúde e os indivíduos continua preocupante, provocando a desumanização da atenção à saúde (GUIDONI et al, 2009).

Uma das questões centrais no Sistema de saúde brasileiro é a reformulação das organizações e estabelecimentos sanitários, que devem buscar condições para

que o atendimento se torne mais humano, solidário, e sobretudo, mais resolutivo (CAMPOS, 2003). No caso do excesso de peso em especial, o vínculo formado com os profissionais de saúde contribui para o aumento da potência de agir (MATTOS, LUZ, 2009).

Não apenas no nível do SUS, mas abrangendo atendimentos de modo geral, tem se destacado na literatura a importância de um atendimento que além de humanizado, não estimule o distanciamento profissional-cliente, e coloque o cliente como centro do tratamento, fortalecendo sua motivação intrínseca e envolvendo o cliente no controle do cuidado de sua saúde primários, como é o caso da Entrevista Motivacional (HARDCASTLE et al., 2008; WEST et al., 2007; HARDCASTLE et al., 2013; WATTANAKORN et al., 2013)

3.2 TRATAMENTOS DA OBESIDADE

São diversas as sugestões de tratamentos para obesidade, resultado da gravidade e multifatorialidade da enfermidade, sendo as principais opções no país: tratamento dietético prática de atividade física, tratamento farmacológico e tratamento cirúrgico.

3.2.1 Tratamento farmacológico e cirúrgico

No que diz respeito ao tratamento farmacológico no Brasil, as Diretrizes Brasileiras de Obesidade - 2016 indicam que o tratamento farmacológico deve ser indicado quando: 1) O indivíduo apresentar IMC maior ou igual a 30 kg/m² ; 2) O IMC for maior ou igual a 25 ou 27 kg/m² na presença de comorbidades (dependendo do medicamento); ou 3) Quando houver falha em perder peso com o tratamento não farmacológico, sendo a história prévia de falência em tentativa com dieta de restrição calórica suficiente. Ainda, indivíduos com IMC normal e aumento da circunferência abdominal são considerados obesos viscerais e, por tal, devem ser tratados na

presença de comorbidades (associadas à obesidade e síndrome metabólica). (ABESO, 2016)

No país, os medicamentos indicados para tratamento da obesidade são: sibutramina, orlistate e liraglutida. Há também prescrições de tratamentos não específicos para o tratamento da obesidade, sendo a razão mais comum desta prática a ausência de opção de tratamento para a doença ou para a faixa etária. Pode-se citar como exemplos: topiramato, associação de bupropiona e naltrexona e dimesilato de lisdexanfetamina. (ABESO, 2016). Seus principais efeitos são descritos no quadro a seguir.

QUADRO 01 - FARMACOTERAPIA UTILIZADA EM INDIVÍDUOS COM EXCESSO DE PESO NO BRASIL

(continua)

Medicação	Ação
Indicados para o tratamento da obesidade	
Sibutramina	Bloqueia a recaptção de noradrenalina (NE) e de serotonina (SE) e leva a redução da ingestão alimentar
Orlistate	É análogo da lipstatina inibidor de lipases gastrintestinais que se liga no sítio ativo da enzima através de ligação covalente, fazendo com que cerca de um terço dos triglicerídeos ingeridos permaneçam não digeridos e não sejam absorvidos pelo intestino, sendo eliminados nas fezes
Liraglutida	É um agonista do peptídeo semelhante ao glucagon-1 (GLP-1) que compartilha 97% de homologia com o GLP-1 nativo, sendo a meia-vida de circulação do GLP-1 aumentada de 1-2 minutos para 13 horas e na dose de 3,0 mg, tem uma ação hipotalâmica em neurônios envolvidos no balanço energético, em centros ligados a prazer e recompensa e uma ação menor na velocidade de esvaziamento gástrico.
Inespecíficos	
Fluoxetina e outros inibidores da recaptção de serotonina	Alguns inibidores seletivos da recaptção de serotonina (fluoxetina e sertralina), usados para tratar depressão, podem proporcionar efeito de perda de peso no curto prazo, embora não tenham indicação formal no tratamento de obesidade. A fluoxetina demonstrou efeito transitório de perda de peso, presente principalmente nos seis primeiros meses de uso, após o qual ocorre recuperação do peso perdido, não sendo por isso indicada para tratamento em longo prazo da obesidade.
Topiramato	Age sobre diversos neurotransmissores, tendo efeitos inibitórios sobre receptores de glutamato sobre alguns tipos de canais dependentes de voltagem de cálcio e sódio, pode modular alguns tipos de canais de potássio, receptores GABA-A, além de ser um inibidor fraco da anidrase carbônica.

QUADRO 01 - FARMACOTERAPIA UTILIZADA EM INDIVÍDUOS COM EXCESSO DE PESO NO BRASIL

(conclusão)

Medicação	Ação
Associação de bupropiona e naltrexona	Atua sobre os receptores adrenérgicos e dopaminérgicos no hipotálamo e a naltrexona é um antagonista do receptor opióide; ambos, isoladamente, apresentam efeito mínimo na perda de peso, mas a combinação de liberação lenta de bupropiona e naltrexona com 90 mg de bupropiona SR e 8 mg de naltrexona SR, que permite a titulação de dose progressivamente até a dose de 2 comprimidos 2 vezes por dia leva a sinergismo por ação no neurônio da POMC. No Brasil há apenas bupropiona de liberação lenta na dose de 300 mg e da naltrexona na dose de 50 mg de liberação convencional, o que faz as reações adversas serem mais intensas
Lisdexanfetamina	É um pró-fármaco da dextroanfetamina, que inibe a recaptação de dopamina e norepinefrina e promove liberação de neurotransmissores de monoaminas

FONTE: Baseado em ABESO, 2016.

Quanto às opções cirúrgicas no país, há indicações formais para operações bariátricas, sendo elas: idade de 18 a 65 anos, IMC maior a 40 kg/m² ou 35 kg/m² com uma ou mais comorbidades graves relacionadas com a obesidade (nas quais a perda de peso induzida pela cirurgia é capaz de melhorar a condição) e documentação que demonstra que os pacientes não conseguiram perder peso ou manter a perda de peso, apesar de terapias apropriadas e realizadas regularmente há pelo menos dois anos (dietoterapia, psicoterapia, farmacoterapia e atividade física). Em indivíduos com mais de 65 anos, é indicada uma avaliação específica, considerando o risco cirúrgico e anestésico, a presença de comorbidades, a expectativa de vida, os benefícios da perda de peso e as limitações da idade, como por exemplo, dismotilidade esofágica, sarcopenia, risco de queda, e osteoporose (Diretrizes Brasileiras de Obesidade - 2016)

Dentre as comorbidades consideradas ameaças à vida de indivíduos com IMC maior que 35 kg/m² estão: diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doenças cardiovasculares incluindo doença arterial coronariana, infarto de miocárdio (IM), angina, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada, cor pulmonale e síndrome de hipoventilação, asma grave não controlada, osteoartroses, hérnias discais, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher,

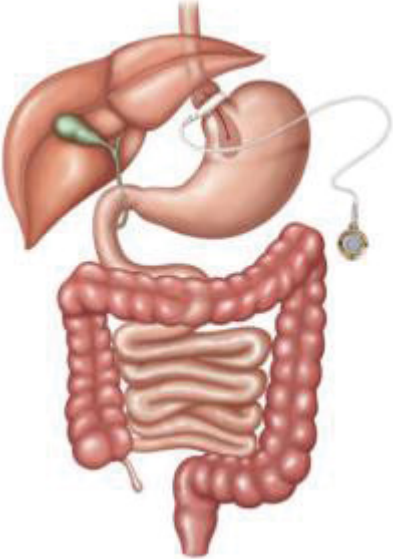
infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática (*pseudotumor cerebri*), estigmatização social e depressão (CFM, 2016).

Quando então indicada a cirurgia bariátrica, pode-se citar algumas técnicas, sendo classificadas como não derivativas e derivativas. As classificadas como não derivativas incluem a banda gástrica laparoscopia ajustável e gastrectomia vertical e, derivativas, que incluem derivação gástrica com reconstituição do trânsito intestinal em Y de Roux – ou bypass gástrico, além das derivações biliopancreáticas como a técnica de Scopinaro e a duodenal switch. Ainda, é possível a utilização do balão intragástrico, não sendo este considerado cirúrgico (SBCBM, 2017).

No quadro abaixo são apresentadas as técnicas cirúrgicas citadas, bem como uma breve descrição das mesmas.

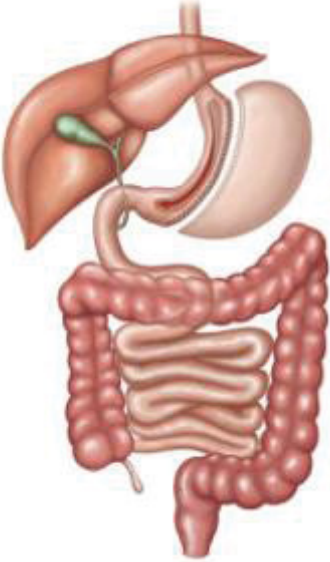

QUADRO 02 - PROCEDIMENTOS BARIÁTRICOS REALIZADOS NO BRASIL

(continua)

Não derivativas	
Banda gástrica ajustável	
	<p>Corresponde a menos de 1% dos procedimentos bariátricos realizados no Brasil.</p> <p>Nesta técnica é instalado um anel de silicone inflável e ajustável ao redor do estômago, podendo ser mais ou menos apertado. Trata-se de uma técnica puramente restritiva.</p>

QUADRO 02 - PROCEDIMENTOS BARIÁTRICOS REALIZADOS NO BRASIL

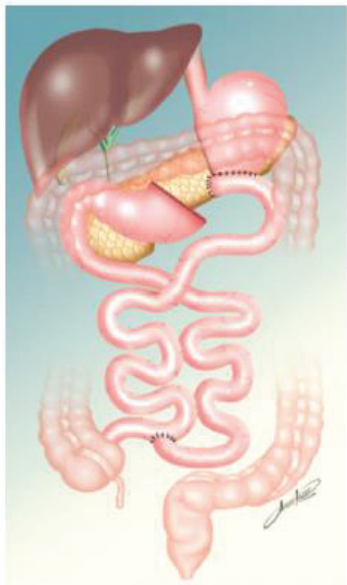
(continuação)

Gastrectomia vertical (ou em manga, sleeve)	
	Procedimento restritivo que transforma o estômago em um tubo de 80 a 100 mililitros. Neste caso, parte do estômago é retirado e não há intervenção cirúrgica envolvendo os intestinos.
Derivativas	
Bypass gástrico/ Derivação gástrica em Y de Roux	
	Corresponde a 75% das cirurgias bariátricas realizadas no Brasil. Neste procedimento é realizado o grampeamento do estômago, visando redução do espaço do estômago, e desvio do trânsito intestinal intestinal. Há então restrição da capacidade gástrica e da absorção intestinal por meio de by-pass do duodeno e parte do jejunum.

QUADRO 02 - PROCEDIMENTOS BARIÁTRICOS REALIZADOS NO BRASIL

(continuação)

Derivação biliopancreática (DBP/S) com gastrectomia horizontal – técnica de Scopinaro



Trata-se de uma gastrectomia horizontal, com exclusão de todo o jejuno e parte do íleo (2,5 metros), com criação de uma alça intestinal comum de 50 cm.

Essa técnica é pouco utilizada, pois possui maior incidência de efeitos adversos, sendo eles: diarreia, flatus fétidos, desnutrição que pode ser grave e ameaçar a vida e deficiência de vitaminas lipossolúveis.

Derivação biliopancreática com duodenal switch (DBP/DS)



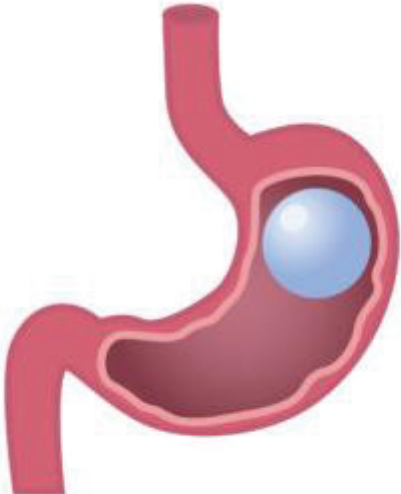
Corresponde a 5% dos procedimentos de cirurgia bariátrica.

Associa gastrectomia vertical com desvio intestinal. Nesta técnica é feita a retirada de 60% do estômago.

As complicações desta técnica são similares as citadas na técnica de Scopinaro.

QUADRO 02 - PROCEDIMENTOS BARIÁTRICOS REALIZADOS NO BRASIL

(conclusão)

Balão intragástrico	
	<p>Considerado uma terapia auxiliar para preparo pré-operatório. Procedimento não cirúrgico, realizado por endoscopia, para implante de prótese de silicone no estômago, visando redução da capacidade gástrica e estímulo a saciedade precoce. Existem diferentes tamanhos de balão e a escolha das suas características depende da condição clínica do paciente e fase do tratamento.</p>

Fonte das imagens: SBCBM, 2017.

FONTE: Baseado em SBCBM, 2017; ABESO, 2016.

Ainda que tais técnicas apresentem alta eficácia quanto a redução de peso, sabe-se que mesmo após cirurgia bariátrica é comum o reganho de peso neste público (BASTOS et al. 2013; CHRISTOU, LOOK, MAC LEAN, 2006; MAGRO et al., 2008; SHAH, SIMHA, GARG, 2006), destacando a dificuldade na reversão do quadro atual de obesidade no país.

3.2.2 Tratamento dietético

Mundialmente, no que diz respeito a prescrição de dietas, são frequentes para este público sugestões como dietas com baixo ou muito baixo teor calórico, dieta DASH, dieta mediterrânea, dieta com baixo índice glicêmico, e modificações rotineiras como consumo de café da manhã e fracionamento das refeições (AND, 2016; ABESO, 2016; LMEIDA, J.C; RODRIGUES, T. C.; SILVA, F. M. et al, 2009; DEVLIN, YANOVSKI, WILSON, 2000). No Brasil, segundo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade - 2016, que se baseiam no documento da *Academy Of Nutrition And*

Dietetics, intitulado Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the Treatment of Overweight and Obesity in Adults, são recomendadas: dietas balanceadas, dietas de muito baixa calorias, substitutos de refeições, dieta DASH, horário e frequência das refeições e o Guia Alimentar para população brasileira (ABESO, 2016).

No que diz respeito a prescrição dietética para redução de peso, são comuns as sugestões de extremismos alimentares (AND, 2016; ABESO, 2016; ALMEIDA, et al., 2009; TSAI, WADDEN, 2006; MULHOLLAND et al., 2012; MARTIN et al. 2011; BRINKWORTH et al., 2009), que trazem orientações excessivamente restritivas, e não consideram a complexidade do ato de se alimentar, resultando em baixa adesão a longo prazo, além de deficiências nutricionais. São tão reconhecidas tais sugestões, que muitas vezes sequer apresentam comprovação de eficácia (THOMAS, ELLIOTT, BAUR, 2007; JENSEN et al., 2014), que as Diretrizes Brasileiras de Obesidade - 2016 incluem um tópico denominado “dietas da moda”, que contém dietas como “dietas ricas em gordura e pobres em carboidratos”, “dietas pobres em gordura e muito pobres em gordura”, “dietas com gorduras modificadas tipo do mediterrâneo”, “dieta do índice glicêmico”, “jejum intermitente”, “dieta sem glúten”, “dieta sem lactose” (ABESO, 2016). O quadro 03 apresenta uma breve descrição das opções convencionais de dietas, que tem ou não comprovação científica de sua eficácia em indivíduos com excesso de peso.

QUADRO 03 - DIETAS COMUMENTE PRESCRITAS PARA REDUÇÃO DE PESO

(continua)

LCD - Low calorie diet/baixas calorias dietéticas	Oferta entre 800 a 1200-1600 kcal/dia, e podem fazer uso de substitutos de refeições, como shakes ou barras energéticas.
VLCD - Very Low calorie diet/muito baixas calorias dietéticas	Oferta de 400 a 800 kcal/dia; 0,8 a 1 g/kg de proteína de boa qualidade. Oferta de quantidades diárias recomendadas de minerais, vitaminas e ácidos graxos essenciais. Podem ser pré-preparadas na forma de refeições líquidas vendidas em farmácias ou também elaboradas de comidas normais. São utilizadas como única fonte de nutrição durante quatro a 16 semanas e, em geral, são efetivas para pacientes que não obtiveram sucesso com outros tratamentos ou que tenham comorbidades, sendo necessária intensa supervisão

QUADRO 03 - DIETAS COMUMENTE PRESCRITAS PARA REDUÇÃO DE PESO

(conclusão)

Low carb/baixa em carboidratos	A dieta low carb em sua forma usual orienta a ingestão de menos de 20 gramas de carboidratos ao dia. A quantidade energética ou de outros nutrientes não é reduzida
High protein/alta em proteínas	Indica o consumo de pelo menos 20% das calorias diárias em proteína, sem definição para distribuição de carboidratos ou lipídios. Quando voltada a redução de peso, tal dieta sugere a redução na ingestão calórica
Ricas em gordura e pobres em carboidratos (ex: Duncan e a dieta paleolítica ou Paleo)	Compostas de 55% a 65% de gordura, menos de 20% de carboidratos (até 100 g por dia), e 25% a 30% de proteínas
Pobres e muito pobres em gordura	São ricas em carboidratos e com quantidades moderadas de proteínas. São dietas ovolactovegetarianas, compostas por vegetais, frutas, grãos integrais, feijão, moderada quantidade de ovos, laticínios escassos em gorduras, produtos de soja e pequenas quantidades de açúcar e farinha.
DASH	Estimulado o consumo de fruta, verduras, grãos integrais, nozes, sementes, produtos com redução de gordura, carnes magras. Consumo reduzido de sódio, cafeína e bebidas alcoólicas.
Dieta balanceada	Caracterizam-se por serem compostas de 20% a 30% de gorduras, 55% a 60% de carboidratos e 15% a 20% de proteínas. Baseam-se no déficit calórico de 500 a 1.000 kcal/dia, com um mínimo de 1.000 a 1.200 kcal/d para as mulheres e 1.200 a 1.400 kcal/d para os homens
Dieta mediterrânea	Baseada no consumo de frutas, vegetais, grãos e sementes, nozes; Utilização mínima de alimentos processados; Uso de azeite de oliva como principal fonte de gordura; Quantidades baixas a moderadas: produtos lácteos, peixes e aves; quantidade mínima: carne vermelha. Para redução de peso pode ser prescrita com restrição energética
Dieta com baixo índice glicêmico	Alimentos com alto índice glicêmico, calorias por calorias, elevam mais os níveis de insulina do que os com baixo índice glicêmico, sugerindo que os que possuem alto índice glicêmico podem promover ganho de peso por dirigirem preferencialmente os nutrientes da oxidação no músculo para estocagem na gordura. Estimulado consumo de alimentos com baixo índice glicêmico, como vegetais não feculentos, legumes, frutas e derivados do leite. Evitado consumo de grãos refinados e batatas.
Substitutos de refeições	Substituir refeições por suplementos alimentares, como shakes, barras de cereais ou sopas, ou por refeições preparadas que sigam estes princípios
Dieta sem glúten	Retirada total do glúten da dieta
Dieta sem lactose	Retirada total da lactose da dieta

FONTE: Baseado em AND, 2016.

Nota-se que a partir da necessidade de redução dos índices de excesso de peso foram desenvolvidas diversas dietas, que consideram ou não as necessidades nutricionais dos indivíduos (AND, 2016; ABESO, 2016; ALMEIDA et al., 2009), e são prescritas, muitas vezes, sem considerar o contexto amplo do que significa o ato de se alimentar para o cliente.

Como exemplo têm-se as dietas LCD e VLCD, que por proporem o consumo de baixíssimas calorias sugerem a oferta de produtos industrializados, o que acaba por reduzir a tomada de decisões do cliente (HEYMSFIELD et al, 2003; METZNER, et al, 2011; FUGLESTAD, JEFFERY, SHERWOOD, 2012). Mesma limitação é verificada na dieta baseada em substitutos de refeição, que acaba reduzindo com isso a autonomia e auto-eficácia do indivíduo na tomada de decisões alimentares.

Em contraponto a indicação de oferta de ultraprocessados, no Brasil, o Ministério da Saúde apresentou uma sugestão de alimentação saudável, que considera de maneira mais ampla o ato de se alimentar, o documento com tais sugestões foi intitulado Guia Alimentar para População Brasileira, 2014. Neste documento há indicações de uma alimentação saudável, como por exemplo que alimentos in natura sejam preferidos dando prioridade aos de origem vegetal, os processados sejam usados em quantidade pequena como ingredientes usados na preparação ou acompanhamento dos alimentos in natura e os ultraprocessados sejam evitados ou minimamente consumidos. Óleo, açúcar e sal devem ser usados moderadamente, para temperar e preparar os alimentos. Açúcar em demasia, particularmente na forma de bebidas adoçadas e consumidas em exagero devem ser evitados, e a substituição por edulcorantes não calóricos pode ser válida para reduzir o consumo de calorias da dieta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Contudo, ainda que tal documento se aplique do modo geral a população, não é focado em indivíduos com excesso de peso, necessitando, por isso, de adequação.

Conforme exposto anteriormente, há diversas opções para o público com excesso de peso, ainda assim são diversos os apontamentos na literatura de baixa adesão deste público ao tratamento (BUENO et al., 2011; VIVAS et al., 2013; GUIMARÃES et al., 2010; ESTRELA et al., 2017; INELMEN et al., 2005). No entanto, acreditar que os pacientes são os únicos responsáveis pelo sucesso do tratamento é

uma ideia enganadora, e reflete o equívoco de ignorar todos os demais fatores envolvidos no processo de tratamento (GUSMÃO, MION, 2006; BUENO et al., 2011). No que diz respeito à adesão à terapia nutricional, dentre as barreiras apontadas por este público a literatura traz itens como: ter uma alimentação diferente da família (PALMEIRA, GARRIDO, RESUMO, 2016; GUIMARÃES et al, 2010); dificuldade em aplicar, na prática, os conhecimentos, principalmente em eventos sociais (GUIMARÃES et al, 2010); alto custo da dieta prescrita (GUIMARÃES et al, 2010; PALMEIRA, GARRIDO, RESUMO, 2016, 2016) ou dificuldade com disponibilidade financeira para compra dos alimentos (AMORIM, COUTINHO, PALMEIRA, 2016), horário das refeições (AMORIM, COUTINHO, PALMEIRA, 2016), além e falta de um espaço em consulta para que o cliente opine sobre a dieta proposta (PALMEIRA, GARRIDO, RESUMO, 2016).

Estes apontamentos trazem à tona dois aspectos importantes no que diz respeito ao tratamento nutricional destes indivíduos: a priorização do cumprimento de protocolos em detrimento da realidade dos indivíduos, e a relação profissional-clientes.

É possível perceber que diversas vezes a importância de uma relação profissional-cliente positiva é negligenciada, o que é evidenciado pela abordagem atual deste público, que muitas vezes é realizada de forma que o profissional de saúde se coloca em uma posição superior ao cliente, conduzindo o aconselhamento de forma unilateral baseada em protocolos clínicos com metas pré-definidas (OLIVEIRA 2012; DEMETRIO et al., 2011). Neste contexto, é comum o profissional não dar atenção a fala do indivíduo, ignorando seus conhecimentos prévios e realizando orientações até mesmo já conhecidas pelo cliente (OLIVEIRA, 2012), ou ainda, orientando o indivíduo sem que o mesmo sequer compreenda o que lhe foi dito ou aceite o que lhe foi imposto (GUIMARÃES et al, 2010; OLIVEIRA, 2012), o que resulta em uma prescrição dietética não condizente com a realidade do cliente (PALMEIRA, GARRIDO, RESUMO, 2016).

Por tal postura, muitas vezes o nutricionista é visto como um profissional que fará o julgamento e condenação do indivíduo que se alimenta de maneira inadequada, agindo como um disciplinador e controlador (OLIVEIRA, 2012). Estas condutas, tão

comuns no atendimento a este público, acabam por ignorar necessidades até mesmo relatadas por estes indivíduos, como o almejo por um atendimento com profissionais de saúde atenciosos (PALMEIRA, GARRIDO, RESUMO, 2016; OLIVEIRA, 2012), incentivadores (PALMEIRA, et al, 2016), além de um espaço em que possam participar de maneira ativa, podendo opinar a respeito de seu tratamento (PALMEIRA, GARRIDO, RESUMO, 2016; OLIVEIRA, 2012).

Além destes aspectos, conforme apontado em estudos anteriores, diversos indivíduo com obesidade tem conhecimento sobre o que é uma alimentação saudável (MORAES, ALMEIDA, SOUZA, 2013; GUIMARÃES et al, 2010), entretanto, associam suas atuais ações a fatores psicossociais, sendo uma das barreiras a ausência de motivação (MORAES, ALMEIDA, SOUZA, 2013). Há ainda na literatura diversos estudos abordando neste público a importância do componente emocional, em especial no que diz respeito a motivação destes (MORAES, ALMEIDA, SOUZA, 2013; OLIVERA, SILVA, 2014; OLIVERA, 2012), sendo destacável que indivíduos com maior motivação apresentam melhores resultados quanto a redução de peso (BUSNELLO et al, 2011).

3.3 A ENTREVISTA MOTIVACIONAL COMO ESTRATÉGIA PARA O ACONSELHAMENTO DE DOENTES

A técnica da Entrevista Motivacional (EM) ou *Motivational Interviewing* (MI), é uma abordagem psicológica desenvolvida por Miller e Rollnick (1991), difundida na Europa e Estados Unidos da América, e há quase duas décadas no Brasil (SANTOS, 2009). A técnica foi concebida para provocar a motivação interior do indivíduo, sendo um conjunto de competências de comunicação centrada no indivíduo, que envolve, entre outros aspectos, questões abertas, escuta reflexiva, apoio para autonomia do indivíduo e auto-eficácia (MILLER, ROLLNICK, 2012). As estratégias da EM são consideradas mais persuasivas do que coercitivas, mais encorajadoras do que argumentativas (MILLER, ROLLNICK, 1991).

O conceito original da entrevista motivacional foi desenvolvido a partir de uma série de discussões com um grupo de psicólogos noruegueses na Clínica Hjeltestad.

Em uma visita a um grupo de estudantes, foi solicitado que William Miller, criador da técnica, demonstrasse como responderia a situações específicas que vinham sendo encontradas no tratamento de pessoas que apresentavam problemas com álcool. Enquanto Miller demonstrava abordagens possíveis os psicólogos faziam perguntas que Miller prontamente respondia, resultando na primeira declaração de princípios e de estratégias da entrevista motivacional (MILLER, 1983).

Formalmente, o modelo da EM começou com a publicação de um artigo em 1983, por William Miller, intitulado “*Motivational Interviewing With Problem Drinkers*”, sendo desenvolvida como uma alternativa às abordagens coercitivas e de confrontação utilizadas na época (MILLER, 1983). O modelo da EM coloca a ênfase na responsabilidade individual, e atribuição interna de mudança (MILLER, 1983), visando centrar a terapia no indivíduo, estimulando-o a verbalizar suas próprias motivações para mudança e fortalecendo-as (MILLER, ROSE, 2009). Ainda, estimula o autocontrole para mudança de hábitos e usa estilo de escuta empática para motivar e destacar a discrepância entre os objetivos do indivíduo e suas ações atuais (DILILLO, SIEGFRIED, WEST, 2003). Por basear-se na motivação intrínseca do indivíduo, a EM atua como ferramenta para ajudar o indivíduo a se sentir envolvido, e no controle de sua saúde e autocuidado (SOUZA et al, 2012).

Na prática da Entrevista Motivacional perguntas abertas são feitas para permitir que o indivíduo expresse seus sentimentos e percepções sobre determinado tema. Quando utilizadas, permitem que o indivíduo relate situações que o terapeuta não perguntaria diretamente, permitindo a coleta de informações úteis ao atendimento. Na técnica, além de funcionar como um meio para coleta de informações, as questões abertas são ainda consideradas um meio de fortalecer o relacionamento e confiança profissional-cliente. Quando isto ocorre, os indivíduos tendem a apreciar a quantidade de tempo investida pelo profissional no atendimento, e a atenção recebida. (ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2008).

Em sua publicação, em 1991, Miller e Rollnick consideram ainda a EM um meio particular de ajudar as pessoas a reconhecer e fazer algo a respeito de seus problemas presentes ou potenciais, sendo particularmente útil com pessoas que relutam em mudar e que são ambivalentes quanto a mudança. O objetivo então é

ajudar a resolver a ambivalência e colocar a pessoa em movimento no caminho para a mudança. Ainda nesta publicação, destacam alguns pontos, como:

- 1) Na aplicação da técnica o estilo do terapeuta é um determinante fundamental do sucesso do tratamento, sendo papel do terapeuta criar uma atmosfera positiva para que a mudança possa ocorrer, sem recorrer ao autoritarismo. Na EM a responsabilidade de mudança é deixada para o indivíduo, sendo este livre para seguir ou não as orientações dadas pelo terapeuta. Cabe ao terapeuta tentar aumentar a motivação intrínseca do indivíduo, permitindo que os argumentos para a mudança sejam citados pelo cliente, ao invés de impostos pelo terapeuta;
- 2) Em contraste com os estilos mais agressivos, o terapeuta pode, por vezes, parecer relativamente inativo, contudo, o entrevistador motivacional trabalha com uma forte noção de objetivo e com estratégias claras e habilidades para atingir tal fim, além disso, conta com uma noção de timing para intervir de maneiras específicas em momentos incisivos;
- 3) É também fundamental para aplicação da técnica que o terapeuta tenha empatia pelo cliente, definida pelos autores não como a capacidade ou tendência de identificar-se com as vivências do indivíduo, mas sim uma habilidade específica que poderia ser apreendida para que houvesse compreensão dos significados de outra pessoa através do uso da escuta reflexiva, tenha o terapeuta vivido ou não experiências semelhantes
- 4) Também é tarefa do terapeuta, quando em uso da técnica, identificar os incentivos positivos do indivíduo para manutenção do comportamento atual, compreendendo como e por que o comportamento seria desejável pelo indivíduo. Quando esclarecidos os incentivos positivos, o terapeuta pode então buscar abordagens eficazes para diminuir-los, enfraquece-los e contrabalançá-los. Ainda, é importante que o terapeuta perceba as barreiras que o indivíduo cita como fator de dificuldade para mudança, visando auxiliar o indivíduo na resolução destes problemas.

No decorrer do atendimento, são comuns os momentos de ambivalência, originalmente chamados de resistência, o que muitas vezes dificultam a mudança de comportamento do indivíduo (MILLER, ROLLNICK, 2012), assim a função do

terapeuta de EM é reagir com empatia, e sustentar a conversa, um contraste às terapias de confronto (MILLER, ROSE, 2009).

O terapeuta, ao direcionar um atendimento pela EM, deve cumprir alguns fundamentos básicos da técnica, que é fundamentada em a) estabelecer uma relação, b) traçar um objetivo, c) evocar, d) estabelecer um plano de ação (MILLER, ROLLNICK, 2012).

Em suma, os autores da técnica, Miller e Rollnick (1991) apontam como princípios gerais da EM: expressar empatia, desenvolver discrepância, evitar a argumentação, acompanhar a resistência e promover a auto eficácia.

O princípio da empatia exige que o profissional faça uso da escuta reflexiva habilidosa, em que o terapeuta busca compreender os sentimentos e as perspectivas do indivíduo sem julgar, criticar ou culpar o indivíduo. Contudo, a aceitação do relato do cliente não deve ser entendida como concordância ou aprovação com as atitudes relatadas, na técnica é destacada a possibilidade de aceitar e compreender a perspectiva de um indivíduo sem concordar com ela. Esta atitude de aceitação e respeito também auxilia na construção de uma aliança terapêutica, e estimula a autoestima do indivíduo, condição importante para a mudança de comportamento (MILLER, 1983). Ao aplicar a escuta reflexiva o profissional deve escutar o indivíduo, compreender sua perspectiva, sem intenção de intervir ou consertar a vida do outro enquanto o ouve (ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2008).

Quanto ao princípio do desenvolvimento da discrepância, destaca-se a necessidade de criar e ampliar na mente do indivíduo uma discrepância entre o comportamento presente e as metas mais amplas. Os autores consideram que quando um comportamento é visto como conflitante com metas pessoais importantes, tais como a própria saúde, é provável que a mudança ocorra. Além disso, consideram também que quando o indivíduo tem essa percepção, a motivação para mudança é criada (MILLER, 1985).

Durante o atendimento é também importante que o terapeuta evite a argumentação em prol da mudança, para evitar confrontos diretos e não gerar situações em que o terapeuta apontaria que o indivíduo tem um problema e precisa mudar, enquanto o indivíduo tenta defender seu ponto de vista e ações atuais

(MILLER, ROLLNICK, 1991). Esta argumentação direta por parte do profissional pode evocar a reatâncias no cliente, demonstração da afirmação da liberdade do cliente em agir de forma que lhe agrada. Considerando este aspecto, uma das metas gerais da EM é evitar abordagens que evoquem “resistência” no indivíduo, porém caso ocorra, o terapeuta deve mudar sua estratégia (MILLER, ROLLNICK, 1991). Além disso, a “resistência” do indivíduo, tratada na técnica como ambivalência, é parte normal do processo de mudança, além de ser uma valiosa fonte de informação sobre a experiência do indivíduo, não devendo ser encarada pelo terapeuta como um obstáculo a ser superado (ARKOWITZ et al., 2011)

Quanto ao princípio que aborda o “acompanhar a resistência”, há destaque para o ambiente de conversa, que não deve ser um ambiente de discussão. Além disso, evidencia que a tarefa do terapeuta não é gerar todas as soluções, já que o indivíduo é considerado um indivíduo capaz, com ideias importantes para a solução de seus próprios problemas. Acompanhar a resistência, portanto, inclui envolver o indivíduo de maneira ativa no processo de solução de seus problemas (MILLER, ROLLNICK, 1991).

Quanto a promoção do auto eficácia, esta trata-se da crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar e de ter sucesso em uma tarefa específica, sendo um elemento chave na motivação para a mudança. Os autores consideravam que o terapeuta poderia auxiliar o indivíduo a perceber o problema atual, contudo, se o indivíduo não percebesse uma esperança de mudança provavelmente não faria esforços para mudança, e o trabalho do terapeuta não teria resultados (MILLER, ROLLNICK, 1991) Considerando isto, na Entrevista Motivacional o terapeuta deve estimular o cliente a perceber que ele poderia executar as ações necessárias e ser bem sucedido em sua mudança, destacando a importância do cliente no processo de mudança (ARKOWITZ et al., 2011).

3.3.1 Estratégias eficazes na prática da EM

Na publicação do livro intitulado *Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior*, 1991, que traz o detalhamento do uso da técnica, os

autores destacam que durante a prática da EM é fundamental fazer uso de algumas estratégias e conceitos para que o atendimento siga os princípios já citados. Alguns aspectos que se destacam, bem como o detalhamento dos mesmos, serão pontuados a seguir são (MILLER, ROLLNICK, 1991):

- a) Proporcionar feedback;
- b) Lidar com a ambivalência;
- c) Ajudar ativamente;
- d) Oferecer orientação;
- e) Proporcionar escolhas ao indivíduo;

Ter um conhecimento claro sobre a situação presente é um elemento essencial da motivação para a mudança do indivíduo, já que muitas vezes ele não realiza uma mudança por não receber um feedback a respeito da situação em que se encontra. Uma das tarefas do terapeuta é então, proporcionar um feedback claro sobre a situação atual do indivíduo e suas consequências ou riscos. Contudo, muitas vezes o feedback por si só pode não ser suficiente para que a mudança ocorra, devendo ser comparado a algum padrão. Neste caso, o indivíduo deve fazer uma auto avaliação, comparando seu estado atual a padrões pessoais.

Auxiliar o indivíduo a estabelecer metas definidas facilita a mudança, no entanto, a meta deveria ser vista pelo indivíduo como realista e alcançável, do contrário, pouco ou nenhum esforço será realizado para alcançá-la, mesmo sendo reconhecida como importante.

Explorar as os motivos para a mudança, além dos prós e contras da mesma pode muitas vezes resultar na ambivalência do indivíduo. A ambivalência, tratada inicialmente na técnica como resistência, é considerada um estado mental no qual uma pessoa tem sentimentos coexistentes, porém conflitantes a respeito de alguma coisa. É caracterizada como o sentir-se dividido em relação a alguma coisa ou pessoa, ou seja, o indivíduo sabe que precisa mudar um comportamento e, por outro lado, apresenta vários motivos que o “impedem” de mudar. Assim, o indivíduo pode desejar

ser saudável, e até mesmo estar disposto a fazer algo por sua saúde, contudo, ainda assim encontra empecilhos para mudar.

No entanto, a ambivalência deve ser vista dentro do contexto do indivíduo, pois o indivíduo pode apresentar comportamentos viciados como um meio de enfrentamento de alguma situação, um padrão de “dependência psicológica”, o que poderia tornar mais difícil resistir ou afastar-se do comportamento. Na prática, o indivíduo poderia, por exemplo, contar com o consumo de doces como forma de ajuda para lidar com situações difíceis ou desagradáveis, entendendo que este alimento o ajudaria a relaxar, sentir-se confortável ou melhor com a situação. Com o tempo, lidar com as situações sem o comportamento aditivo poderia ser difícil para o indivíduo.

Por isso, o terapeuta não deve ver a ambivalência como um mau sinal e tentar persuadir o indivíduo, mas sim perceber como algo normal, aceitável e compreensível. Compreender a ambivalência como algo normal evita problemas de comunicação e de disputa de poder, além disso, reduz a resistência do indivíduo e facilita o progresso do aconselhamento.

O terapeuta ao focalizar a ambivalência motivacional deve manter-se em sintonia com os sentimentos, com os valores e com as crenças do indivíduo, de forma a ajudá-lo a identificar esta ambivalência e a tomar a decisão da mudança de comportamento. Algumas vezes basta o terapeuta auxiliar o indivíduo a vencer a ambivalência para que este prossiga sozinho a partir deste ponto. Muitos indivíduos que buscam aconselhamento já percebem alguma discrepância entre onde estão e onde gostariam de estar. Contudo, elas podem estar ainda estariam ambivalentes, presos em um conflito de aproximação-recuo. Com isso, o terapeuta deve esclarecer a importância das metas para o indivíduo e explorar as consequências potenciais ou efetivas de seu comportamento presente que estariam em conflito com tais metas. Quando realizada com êxito, a EM pode mudar as percepções do indivíduo sem criar uma sensação de pressão ou de coação. Tal abordagem pretende fazer com que o próprio indivíduo acabe por apresentar razões para a mudança, em vez do terapeuta. A técnica leva em consideração que as pessoas, com frequência, são mais persuadidas pelo que ouvem de si mesmas do que pelo que os outros lhe dizem.

No decorrer dos atendimentos, o terapeuta deve sempre ajudar ativamente o indivíduo, estando interessado e presente durante o processo de mudança. Ainda que na técnica a mudança deva ser considerada uma decisão do indivíduo, o terapeuta pode exercer grande influência sobre a tomada de decisão. O profissional deveria então, expressar sua preocupação com o indivíduo.

Após exploradas motivações, prós e contras, muitas vezes é necessário oferecer orientações ao indivíduo. Neste caso, deve-se considerar que os conselhos por si só podem não ser suficientes para induzir a mudança na maioria dos indivíduos, sendo necessária uma orientação oportuna, clara e moderada em favor da mudança. A orientação eficaz deve ao menos identificar de maneira clara o problema ou área de risco, explicar a razão pela qual a mudança seria importante e defender mudanças específicas.

Neste contexto, e até mesmo durante todo o atendimento, quando o profissional tiver como objetivo informar o indivíduo, deve pedir permissão para fazê-lo, em uma demonstração de respeito e reforço da autonomia do indivíduo, permitindo um envolvimento ativo do mesmo em seu tratamento. Na prática, a forma mais simples de aconselhar o indivíduo seria o momento em que o indivíduo pedisse a opinião do profissional, neste momento o profissional poderia questionar o indivíduo sobre qual a opinião deste sobre como proceder ou se gostaria de sugerir alguma mudança. Esta forma de orientação enfatizaria a cooperação no relacionamento profissional-indivíduo, reduzindo a resistência (MILLER, ROLLNICK, BUTLER, 2009).

Durante os aconselhamentos, outra abordagem considerada importante seria proporcionar escolhas ao indivíduo, já que a resistência poderia surgir quando o indivíduo percebesse que sua liberdade estaria sendo limitada ou ameaçada. A motivação intrínseca seria intensificada pela percepção de que o indivíduo escolheu de livre vontade um modo de ação, sem influência externa significativa nem coerção. Um terapeuta que deseje melhorar a motivação para a mudança, por conseguinte, deveria ajudar seus indivíduos a sentir sua liberdade de escolha pessoal (MILLER, ROLLNICK, 1991).

3.3.2 Motivação e estágios de mudança

Um importante foco da EM é evocar do indivíduo a motivação, que seria um estado de prontidão ou de avidez para mudança, estado este que pode oscilar de tempos em tempos ou de uma situação para outra. Na técnica é considerado que essa motivação para a mudança não reside somente dentro do indivíduo, mas envolve um contexto interpessoal. Neste caso, o terapeuta não deve ser um observador passivo dos estados motivacionais de seus clientes e sim um determinante fundamental da sua motivação. É destacada ainda que a “falta de motivação” do indivíduo não deve ser considerado uma falha do mesmo, e sim um desafio para as habilidades do terapeuta (MILLER, ROLLNICK, 1991).

Para compreender como estes processos de mudança ocorrem, Prochaska e DiClemente (1982) desenvolveram um modelo demonstrando como ocorreria este processo. Os pesquisadores buscaram compreender como e por que as pessoas mudavam. Realizaram a descrição de estágios pelos quais as pessoas passariam no curso da modificação de um problema, sendo eles pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção. Dentro dessa abordagem, a motivação poderia ser compreendida como o estado ou estágio da disposição para a mudança de uma pessoa, sendo um estado interno influenciado por fatores externos. O fator de ser uma roda refletia a realidade de que, em praticamente qualquer processo de mudança seria normal que a pessoa circulasse o processo várias vezes antes de alcançar uma mudança estável.

Miller e Rollnick (1991), utilizando-se dos princípios de Prochaska e DiClemente, citaram que, muitas vezes em sua prática de EM, era dito ao indivíduo “cada deslize ou recaída aproxima você um passo da recuperação”, não tendo como objetivo ser um estímulo a recaída, mas sim permitir uma perspectiva realista que buscava impedir que o indivíduo desanime, desmoralize-se ou imobilize-se quando da ocorrência de uma recaída (MILLER, ROLLNICK, 1991).

Ao discriminar estágios diferentes de disposição para a mudança, o modelo parte também do pressuposto de que um terapeuta utilize diferentes abordagens com

um indivíduo, dependendo do estágio em que o indivíduo estiver no processo de mudança (MILLER, ROLLNICK, 1991)

FIGURA 1. OS SEIS ESTÁGIOS DA MUDANÇA, DE PROCHASKA E DICLEMENTE, ADAPTADO POR MILLER, ROLLNICK, 1991



As fases, que originalmente foram descritas por Prochaska e DiClemente (1982), foram adaptadas a prática clínica de Miller e Rollnick, conforme texto a seguir:

A pré-ponderação, representada fora da roda dos seis estágios de mudança indica que o indivíduo não estaria considerando a possibilidade de mudança. Nesse estágio, se a pessoa fosse abordada e fosse dito a ela que tem um problema, ela poderia ficar mais surpresa do que na defensiva. Indivíduos pré-ponderadores raramente se apresentam para tratamento, podendo iniciar o tratamento sob coerção. Tais pessoas poderiam ser identificadas por exemplo, durante um exame médico de rotina. Uma pessoa neste estágio necessitaria de informação e de feedback para tomar consciência de seu problema e da possibilidade de mudança.

Uma vez que alguma consciência do problema tivesse surgido, a pessoa entraria no período caracterizado pela ambivalência, ou seja, no estágio da “ponderação”. O ponderador tanto pode considerar a mudança quanto rejeitá-la. Se deixado livre para falar sobre a área-problema sem interferência, o ponderador provavelmente ficaria dividido entre motivos de preocupação e justificativas para

despreocupação. Esse é considerado um estágio normal e característico da mudança, embora, algumas vezes, suas manifestações fossem atribuídas erroneamente a traços de personalidade ou a mecanismos de defesa patológicos. A experiência do ponderador poderia ser descrita como um tipo de vai e vem entre razões para a mudança e razões para permanecer na mesma situação. O ponderador então, simultaneamente experimentaria razões para a preocupação e para a despreocupação, motivação para a mudança e para continuar inalterado. Neste estágio o indivíduo estaria considerando os custos e benefícios da mudança em relação aos méritos de continuar como antes. Considerando estes aspectos, a tarefa do terapeuta seria ajudar a inclinar a balança em favor da mudança.

O estágio da determinação é considerado semelhante a uma janela para a oportunidade e que se abriria por determinado tempo. Se durante este tempo a pessoa entrasse em ação, o processo de mudança continuaria. Do contrário, ela voltaria a ponderação. A tarefa do terapeuta quando o indivíduo se encontra no estágio de determinação seria ajudar o indivíduo a encontrar uma estratégia de mudança aceitável, acessível, adequada e eficaz.

No estágio da ação o indivíduo estaria engajado em ações específicas para chegar a uma mudança. O objetivo durante esse estágio seria produzir uma mudança em uma área-problema. Ainda, fazer uma mudança não garantiria que a mesma fosse mantida, por tal, durante o estágio da manutenção o desafio seria manter a mudança obtida pela ação anterior e evitar a recaída. A manutenção da mudança poderia exigir um conjunto de habilidades e estratégias diferentes das que foram primeiramente necessárias para obtenção da mudança. Contudo, se a recaída ocorrer, a tarefa do indivíduo seria recomeçar a circular a roda em vez de ficar imobilizado nesse estágio. Deslizes e recaídas são considerados normais, eventos esperados quando o indivíduo busca a mudança de qualquer padrão de longa duração. A tarefa do terapeuta nesse momento seria então ajudar a pessoa a evitar o desânimo e desmoralização, a continuar a contemplar a mudança, a renovar a determinação e a retomar a ação e manutenção de esforços. O quadro 1 traz um resumo dos estágios em que o indivíduo pode se encontrar e as tarefas do terapeuta relativas a cada etapa.

QUADRO 04: ESTÁGIOS DA MUDANÇA E AS TAREFAS DO TERAPEUTA

Estágio do cliente	Tarefas motivacionais do terapeuta
Pré-ponderação ou Pré-Contemplação	Levantar dúvidas - aumentar a percepção do cliente sobre os riscos e problemas do comportamento atual
Ponderação ou Contemplação	“inclinar a balança” - evocar as razões para a mudança, os riscos de não mudar; fortalecer a auto-suficiência do cliente para a mudança do comportamento atual
Determinação ou Preparação	Ajudar o cliente a determinar a melhor linha de ação a ser seguida na busca da mudança
Ação	Ajudar o cliente a dar passos rumo a mudança
Manutenção	Ajudar o cliente a identificar e a utilizar estratégias de prevenção da recaída
Recaída	Ajudar o cliente a renovar os processos de ponderação, determinação e ação, sem que este fique imobilizado ou desmoralizado devido à recaída

FONTE: Adaptado de MILLER, ROLLNICK, 1991

3.4 IMPACTO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EM PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS, BIOQUÍMICOS, ALIMENTARES E COMPORTAMENTAIS

A Entrevista Motivacional que teve origem no campo da psicologia para tratamento de indivíduos dependentes de álcool, indivíduos considerados ambivalentes (MILLER, 1983) tem sido utilizada em diversas áreas, com diferentes focos em saúde, como em indivíduos que almejam redução de peso (WEST et al., 2007; HARDCASTLE et al., 2008; HARDCASTLE et al., 2013; WATTANAKORN et al., 2013), melhora em hábitos alimentares (WATTANAKORN et al., 2013) e parâmetros bioquímicos (HARDCASTLE et al., 2008; HARDCASTLE et al., 2013; CHEN et al., 2012; WATTANAKORN et al., 2013). Isso porque os indivíduos que decidem modificar parâmetros comportamentais passam por momentos de ambivalência, gerando a necessidade de pesquisas avaliando o desempenho destes indivíduos quando tratados por uma terapia que considere tal momento.

Considerando os estudos que abrangem atividade multidisciplinar em indivíduos com excesso de peso e obesidade, os resultados ainda não apresentam evidências suficientes de eficácia, isso porquê os estudos apresentam duração de consulta e tratamento diferenciados, diversidade de indivíduos estudados e limitações importantes. Contudo, estudos têm apontado possíveis melhores resultados em indivíduos tratados pela EM quando comparados ao tratamento tradicional, tais

resultados têm sido apontados em intervenções realizadas com diferentes protocolos (WATTANAKORN et al., 2013; MIRKARIMI et al., 2015; LOW et al., 2013).

Pode-se citar 13 estudos com indivíduos com excesso de peso publicados entre os anos de 1997 e 2015. Em indivíduos com sobrepeso, parece que um período de 4 sessões já é suficiente para promover redução de IMC e gordura corporal, a cada 4 semanas, como demonstrado em trabalho que avaliou indivíduos em sobrepeso após 4 sessões EM, que ocorreram a cada 4 semanas, e apontou que o grupo EM apresentou maior redução em tais parâmetros que o grupo controle (WATTANAKORN et al., 2013). Períodos mais curtos também foram apontados como satisfatórios, como estudo que avaliou 2 meses de seguimento de intervenção EM com mulheres em excesso de peso, e foi verificada a redução significativa de IMC no grupo EM, redução não vista no grupo controle. Neste estudo, o grupo controle iniciou com média de $75,91 \pm 6,05$ kg, finalizando com $75,7 \pm 6,10$ kg, o grupo EM iniciou com $74,25 \pm 6,95$, terminou com $72,5 \pm 6,4$ kg, e o grupo EM adicionado de intervenção intencional iniciou com $77,3 \pm 6,89$ kg e finalizou $76,74 \pm 6,85$ (MIRKARIMI et al., 2015). Intervenções realizadas durante três meses também verificaram que as mulheres do grupo EM apresentaram perda de peso significativa (média de 4,1 kg), sendo ainda maior que as do grupo controle (média de 1,5 kg) (LOW et al., 2013)

No caso da aplicação da técnica em indivíduos com sobrepeso e obesidade também tem sido verificada redução de IMC maior no grupo EM em relação ao controle (HARDCASTLE et al., 2013). Neste caso, um período de intervenção de seis meses com indivíduos com sobrepeso e obesidade apontou que o grupo EM ao final do estudo apresentou maior redução de peso que o grupo controle (HARDCASTLE et al., 2008). Também em uma intervenção de seis meses em mulheres obesas houve maior perda de peso em mulheres do grupo EM, sendo a perda de $4,7 \pm 5,4$ kg, enquanto o grupo controle perdeu $3,1 \pm 3,9$ kg (WEST et al., 2007).

Cabe ressaltar que, por se tratar de uma técnica que propõe mudança de comportamento que, em tese, deve perdurar para além do período da intervenção motivacional, a EM não proporciona perda de peso intensa como nos casos de dietas muito restritivas e pouco sustentáveis e que, em geral, leva ao reganho de peso na mesma proporção ou em proporção que supera o peso antes da intervenção.

No caso da manutenção da perda de peso após a intervenção, tem sido apontado que a aplicação da EM por seis meses promove manutenção da perda de peso perdido do 6º mês após intervenção até o 12º mês, enquanto que a recuperação de peso ocorre no grupo controle. Mais ainda, a recuperação de peso do grupo controle continuou com um ganho adicional de 0,9kg entre os meses 12 e 18. Ao final de 18 meses o total da perda de peso do grupo EM foi maior que o grupo controle, 3.5 ± 6.8 kg no grupo EM, e 1.7 ± 5.7 kg no grupo controle (WEST et al., 2007).

Períodos mais longos de intervenção também têm sido aplicados. Avaliações realizadas em mulheres com sobrepeso e obesidade durante 12 meses apontam que as mulheres no grupo EM perderam significativamente mais peso que o controle aos 6 meses do início da intervenção e até mesmo aos 18 meses, ou seja, seis meses após a finalização da intervenção (WEST et al., 2007). Essa redução de peso verificada após longo prazo também foi verificada em outro estudo, que apontou que um ano após o início da intervenção houve ainda redução de significativa de peso, média de 3,14 kg, e IMC, média de 4,06 kg/m², se comparados aos valores iniciais, o que não ocorreu no grupo controle (SAFFARI et al., 2014). É também apontado na literatura redução de IMC após dois anos de acompanhamento apenas no grupo direcionado pela EM (DREVENHORN et al., 2012).

A perda de peso é o parâmetro prioritariamente avaliado nos trabalhos, porém, outros aspectos também têm sido controlados como outras medidas antropométricas, parâmetros metabólicos e de hábitos de vida. A circunferência da cintura, que é um parâmetro de risco cardiovascular, foi modificada satisfatoriamente entre indivíduos com sobrepeso após quatro meses com sessões EM (WATTANAKORN et al., 2013), redução também verificada em outro estudo que utilizou intervenção em mulheres com EM, e verificou redução significativa da circunferência da cintura apenas nas mulheres deste grupo (WILLIAMS et al., 2014). É trazido ainda na literatura redução de circunferência da cintura após dois anos de intervenção, verificada apenas no grupo EM (DREVENHORN et al., 2012).

No caso, dos parâmetros bioquímicos, indivíduos com sobrepeso que receberam intervenção durante quatro meses tiveram maior redução de glicemia sérica quando comparados ao controle (WATTANAKORN et al., 2013). Outra

intervenção feita durante cinco meses mostrou redução significativa nos níveis de hemoglobina glicada (MILLER et al., 2014). Análises realizadas após um ano de intervenção com EM corroboram com esses resultados, apontando redução em glicemia sérica de jejum e hemoglobina glicada, redução esta não apresentada no grupo controle (SMITH et al., 1997).

Com relação aos níveis de colesterol total, é verificado como resultado da intervenção com EM redução de colesterol total após um ano da intervenção (SAFFARI et al., 2014), redução também verificada em estudo que avaliou indivíduos após 6 meses e 18 meses de intervenção e apontou maior redução de hipercolesterolemia em indivíduos do grupo EM se comparado ao grupo controle (HARDCASTLE et al., 2013). Outra intervenção realizada durante 6 meses com indivíduos com sobrepeso e obesidade apontou que o grupo EM ao final do estudo apresentou maior redução de colesterol que o controle (HARDCASTLE et al., 2008). É ainda verificado na literatura estudos apontando que o número de indivíduos que atingiram a meta de LDL e CT foi maior no grupo EM que no controle após 2 anos de intervenção, além da redução de LDL após este período ter sido verificada apenas no grupo EM (DREVENHORN et al., 2012) Estes dados apontam para uma perspectiva do uso da técnica em indivíduos com sobrepeso e sobrecarga metabólica.

No que diz respeito a atividade física, intervenção realizada durante 6 meses com indivíduos com sobrepeso e obesidade apontou que o grupo EM ao final do estudo era mais ativo que o grupo controle. Além disso, após 6 e 18 meses o grupo EM manteve o aumento da AF, modificação não verificada no grupo controle (HARDCASTLE et al., 2008).

Ainda, é verificado na literatura que indivíduos orientados por dietistas treinadas em EM apresentaram melhora na qualidade de dieta e ingestão de gordura saturada se comparados aos indivíduos controle (BRUG et al., 2007). Além destes aspectos, há relatos de mulheres com excesso de peso que um ano após o início da intervenção aumentaram significativamente o consumo de grãos integrais, fibras dietéticas, peixe, frutas e vegetais. Ainda, houve redução no consumo energético diário, consumo de carne, gorduras totais e saturadas e carboidratos (SAFFARI et al., 2014).

Corroborando com os resultados apontados anteriormente, outro estudo com mulheres obesas verificou significativa redução na ingestão de gramas por dia em todas as variáveis analisadas, sendo elas ingestão energética, lipídica, gordura saturada, de carboidratos e proteínas. Além disso, houve redução nas porções diárias de pão e alimentos gordurosos (MAHONEY, 2014). É apontado ainda que a EM tem se mostrado eficaz em promover motivação e manutenção de comportamentos alimentares saudáveis (WATTANAKORN et al., 2013).

Em suma, a EM parece apresentar eficácia na redução de peso quando aplicada em curtos (WATTANAKORN et al., 2013; LOW et al., 2013) ou longos períodos (HARDCASTLE et al., 2008; WEST et al., 2007; SAFFARI et al., 2014; DREVENHORN et al., 2012), e auxiliar na manutenção do peso reduzido (WEST, et al, 2007). Além disso, melhora em parâmetros antropométricos, como circunferência de cintura, também tem sido apontados (WATTANAKORN et al., 2013; WILLIAMS et al., 2014; DREVENHORN et al., 2012), além de parâmetros bioquímicos (MILLER et al., 2014; SMITH et al., 1997; SAFFARI et al., 2014; HARDCASTLE et al, 2008; HARDCASTLE et al., 2013; DREVENHORN et al., 2012) e aumento da atividade física (HARDCASTLE et al., 2008).

3.5 ENTREVISTA MOTIVACIONAL E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A Lei de Segurança Alimentar e Nutricional, Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, estabelece que a alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população. Cita em artigo 2º que é dever do poder público respeitar, proteger, promover, prover, informar, monitorar, fiscalizar e avaliar a realização do direito humano à alimentação adequada, bem como garantir os mecanismos para sua exigibilidade. Em seu artigo 4º, item III, é citado que a Segurança Alimentar e Nutricional abrange a promoção da saúde, da nutrição e da

alimentação da população, incluindo-se grupos populacionais específicos e populações em situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2006).

A garantia integral do direito humano a alimentação adequada e saudável deve ser concebida a partir de duas dimensões: estar livre da fome e da desnutrição e ter acesso a alimentação adequada e saudável. Os indicadores apontam que no que se refere a segunda dimensão, ainda há muito a que se evoluir. O atual padrão alimentar da população brasileira, tem levado a um quadro alarmante de saúde (CAISAN, 2011), resultando em altos níveis de obesidade no país (IBGE, 2013; BRASIL, 2015).

No caso da obesidade, o processo de mudança de hábitos alimentares é complexo pois envolve questões emocionais, fisiológicas, genéticas, culturais, sociais e econômicas. É bastante estudado o fato de tratamentos para obesidade fracassarem dada a complexidade do tema, principalmente quando já há comprometimento metabólico como no caso de doenças crônicas não transmissíveis associadas.

Até o momento, todas as alternativas de dieta, associadas ou não à atividade física, têm mostrado fragilidades tanto quanto à adesão quanto à manutenção da mudança do padrão alimentar e, como consequência da manutenção do peso perdido em longo prazo. Assim, novas abordagens que visem ampliar a possibilidade de sucesso no tratamento da obesidade são desejáveis. Destaca-se, então, o método da Entrevista Motivacional, que pode ser utilizado na atenção primária (HARDCASTLE et al., 2008), e tem demonstrado bons resultados no manejo do excesso de peso (HARDCASTLE et al., 2008; DREVENHORN et al., 2012), além de melhora na qualidade de vida dos indivíduos (CHEN, 2012), permitindo autonomia no cuidado de sua saúde (SOUZA et al, 2012).

O fundamento da técnica da EM de dar autonomia ao indivíduo para a tomada de decisão quanto ao autocuidado, visando assim a mudança de hábitos de vida, parece ser mais sustentável em comparação à dieta prescrita quando as decisões sobre o tratamento são tomadas de forma unidirecional, ou seja, baseada somente nos problemas clínicos enxergados pelo nutricionista de forma tecnicista. Assim, no caso do tratamento da obesidade, a segurança alimentar e nutricional tem como suporte para sua a garantia, não só a visão do profissional de saúde sobre o indivíduo,

mas do indivíduo sobre si mesmo, incluindo as suas aspirações quanto ao seu cuidado com a saúde e sua autonomia quanto às escolhas alimentares saudáveis que são apoiadas no saber do nutricionista e compartilhado com este de forma a possibilitar mudança de hábitos alimentares de maneira sustentável e permanente.

4 CAPITULO 3 - IMPACTO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EM MULHERES ADULTAS COM EXCESSO DE PESO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

O excesso de peso é uma pandemia global, atingindo em maior proporção as mulheres. Por tratar-se de uma enfermidade multifatorial e complexa, o tratamento deve ser focado no cliente, considerando suas necessidades e peculiaridades, assim, destaca-se o uso da técnica de direcionamento intitulada Entrevista Motivacional. Considerando tais aspectos, o presente trabalho teve como objetivo realizar um levantamento dos estudos até então publicados, envolvendo o excesso de peso em mulheres e a técnica Entrevista Motivacional. O trabalho trata-se então, de uma revisão integrativa, direcionada pela seguinte pergunta norteadora “Qual o impacto da Entrevista Motivacional em mulheres adultas com excesso de peso?”. A seleção de artigos foi feita através das plataformas de pesquisa LILACS e PubMed, com associação dos descritores “Entrevista Motivacional, perda de peso, mulheres” e “Entrevista Motivacional, dieta, mulheres”. O processo de seleção resultou em 8 artigos. Considerando o desenho dos estudos analisados e número de participantes avaliados, a EM parece ter impacto positivo na redução de peso de mulheres com excesso de peso, além de auxiliar na manutenção desta redução. Contudo, há ainda limitações que podem prejudicar a percepção da influência da técnica, como o tamanho reduzido das amostras e a falta de grupo controle, com isso, destaca-se a necessidade de mais estudos para que a eficácia da técnica possa ser melhor compreendida neste público.

Palavras chave: mulheres, sobrepeso, obesidade, entrevista motivacional, redução de peso

ABSTRACT

Overweight is a global pandemic condition, mostly affecting women. Because it is a multifactor and complex disease, the treatment should be focused on the client, considering their needs and peculiarities, thereby, the use of the directional technique

known as Motivational Interview can be highlighted. The present work is an integrative review, guided by the following research question: "What is the impact of Motivational Interview on overweight adult women?". For the selection of articles the research platforms LILACS and PubMed were accessed, and the descriptors used were "Motivational Interview, Weight Loss, Women" and "Motivational Interview, Diet, Women". The selection process resulted in 8 articles. Considering the studies design analyzed and the number of participants assessed, Motivational Interview seems to have a positive impact on weight loss amongst women with overweight, in addition to the maintenance of the weight loss. However, there are limitations that may impair the perception of the influence of the technique, such as sample size and lack of control group, , thereby, it is highlighted the need for further studies to confirm the efficacy of the technique in this public.

key-words: women, overweight, obesity, motivational interviewing, weight loss

4.1 INTRODUÇÃO

O excesso de peso é uma ameaça à saúde da população mundial, uma vez que afeta bilhões de pessoas e vem crescendo significativamente (WHO, 2017). Em especial no público feminino, destaca-se que nas últimas quatro décadas, a prevalência de excesso de peso e obesidade aumentou mais entre as mulheres, tornando-se foco de preocupação global. (WHO, 2018). Embora seus impactos sobre a qualidade de vida (OLIVEIRA, 2012; OLIVEIRA, SILVA, 2014; DEVLIN, YANOVSKI, WILSON, 2000) e economia já estejam amplamente divulgados (BAHIA et al., 2012; CANELLA et al, 2015), estratégias para o seu combate têm falhado, especialmente no que diz respeito ao tratamento clínico destes doentes.

Diversos estudos apontam a baixa adesão de indivíduos com excesso de peso ao tratamento (BUENO et al., 2011; VIVAS et al., 2013; GUIMARÃES et al., 2010; ESTRELA et al., 2017; INELMEN et al., 2005), no entanto, acreditar que os pacientes são os únicos responsáveis pelo sucesso do tratamento é uma ideia enganadora, e reflete o equívoco de ignorar todos os demais fatores envolvidos no processo de tratamento (GUSMÃO, MION, 2006; BUENO et al., 2011).

Dentre os possíveis fatores que influenciam na adesão do cliente ao tratamento ressalta-se a abordagem profissional-cliente. A atual abordagem do doente tem sido focada em protocolos em que o profissional de saúde se coloca em uma posição superior ao cliente, conduzindo o aconselhamento de forma unilateral e baseado em protocolos clínicos com metas pré-definidas (OLIVEIRA 2012; DEMETRIO et al., 2011). Pouca atenção se dá a fala daquele que precisará adequar o que lhe foi orientado em consulta a sua rotina (OLIVEIRA, 2012) sem, muitas vezes, compreender o que lhe foi dito ou aceitar o que lhe foi imposto (GUIMARÃES et al, 2010; OLIVEIRA, 2012). Assim, o insucesso do tratamento e a frustração do paciente acabar por ser rotina nos atendimentos.

Destaca-se com isso a necessidade de intervenções que possam ir de encontro as necessidades e demandas dos indivíduos (OLIVEIRA, SILVA, 2014), além de uma abordagem que trate com maior sensibilidade o indivíduo, permitindo maior densidade comunicacional, e que considere o sofrimento do paciente portador da enfermidade (DEMETRIO et al., 2011). Neste contexto, a relação cliente-profissional tem fundamental importância, já que uma melhor relação profissional-cliente não tem somente efeitos positivos na satisfação dos usuários e na qualidade dos serviços de saúde, mas exerce também uma influência direta sobre o estado de saúde dos pacientes (CAPRARA, RODRIGUES, 2004)

Considerando o exposto, há uma urgente necessidade de divulgar intervenções alternativas à forma unilateral da condução do aconselhamento nutricional, buscando assim resultados mais satisfatórios para redução do peso e que possam ser reproduzidas em significativa parcela da população (PAGOTA, APPELHANS, 2013). Nesta linha de pensamento, surge o conceito da Entrevista Motivacional (EM) que é uma abordagem psicológica desenvolvida por Miller e Rollnick (MILLER, ROLLNICK, 1992) que coloca a ênfase na responsabilidade individual e atribuição interna de mudança (MILLER, 1983), visando centrar a terapia no indivíduo, estimulando-o a verbalizar suas próprias motivações para mudança e fortalecendo-as (MILLER, ROSE, 2009). Por basear-se na motivação intrínseca do indivíduo, a EM atua como ferramenta para ajudar o paciente a se sentir envolvido, e no controle de sua saúde e autocuidado (SOUZA et al, 2012).

Dentro deste cenário, surge a necessidade de investigar estudos que abordem a aplicação da EM em mulheres com excesso de peso, visando ampliação do entendimento sobre o assunto e conseqüentemente fundamentando a aplicação clínica desta abordagem. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi identificar na literatura o uso de EM em mulheres com excesso de peso.

4.2 MÉTODOS

A presente revisão integrativa foi organizada de acordo com as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora; definição dos descritores; definição dos critérios de inclusão e exclusão; busca em base de dados; coleta de dados; análise e interpretação dos resultados (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

A pergunta norteadora do estudo foi “Qual o impacto da EM em mulheres adultas com excesso de peso?”; com isso, foram definidas as palavras chaves por meio de consulta em Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A revisão foi realizada nas bases de dados LILACS e PubMed, utilizando-se artigos nos idiomas Espanhol, Português e Inglês. Para o LILACS foi feita associação dos descritores “Entrevista Motivacional, pérdida de peso, mujeres” e “Entrevista Motivacional, dieta, mujeres”. Para a base de dados PubMed foram associados os descritores “motivational interviewing, diet and women”, e “motivational interviewing, weight loss and women”.

4.3 RESULTADOS

A associação das palavras chaves “Entrevista Motivacional, pérdida de peso, mujeres” e “Entrevista Motivacional, dieta, mujeres”, na plataforma LILACS, resultaram em zero artigos. Já na plataforma PubMed, a associação dos descritores “motivational interviewing, diet and women”, resultou em 33 artigos, e “motivational interviewing, weight loss and women” resultou em 21 artigos, destes, 13 artigos estavam também incluídos na pesquisa anterior. Após exclusão dos artigos repetidos

e duplicados nas bases de dados restaram 40 artigos. Em uma segunda etapa, foram selecionados apenas artigos originais, resultando em 35 artigos. Posteriormente, foram excluídos artigos com gestantes (5), artigos que fizeram uso de meios eletrônicos para aplicar a técnica da EM ou dar seguimento ao acompanhamento (15), aplicação de Recordatório 24 horas por telefone (1), artigos que não abordavam a temática (1), parâmetros antropométricos (4), ou que englobavam homens e mulheres e não diferiam os resultados por sexo (1). Ao final, 8 artigos foram considerados.

Dos artigos selecionados foram destacados a autoria, ano de publicação, número de mulheres avaliadas, idade, IMC médios, comorbidades, redução total de peso e a indicação da significância estatística (QUADRO 1). Ainda, foram indicados: duração da intervenção, desenho do estudo, dieta prescrita, atividade física prescrita, profissionais envolvidos, sessões de EM ou placebo, profissionais que conduziram a EM e detalhamento da EM (QUADRO 2).

Com relação aos países onde os estudos foram conduzidos e ao ano de publicação, cinco foram realizados nos Estados Unidos (SMITH et al., 1997; WEST et al., 2007; MAHONEY, 2014; LOW et al., 2013; MILLER, et al., 2014), dois no Irã (SAFFARI et al., 2014; MIRKARIMI et al., 2015) e um na Austrália (WILLIAMS et al., 2014); publicados entre os anos 1997 (SMITH et al., 1997) a 2015 (MIRKARIMI et al., 2015).

Dos 8 artigos analisados, cinco apontaram redução significativa de peso após intervenção com EM (WEST et al., 2007; MAHONEY, 2014; LOW et al., 2013; SAFFARI et al., 2014; MIRKARIMI et al., 2015). Destes, quatro apresentaram comparação dos resultados a um grupo controle, demonstrando eficácia da EM frente ao tratamento padrão (WEST et al., 2007; LOW et al., 2013; SAFFARI et al., 2014; MIRKARIMI et al., 2015). Apenas um (MAHONEY, 2014) não apresentou grupo controle, apontando que a redução de peso foi significativa se comparada aos dados iniciais dos indivíduos. Ainda, nestas pesquisas as avaliações foram realizadas em indivíduos com excesso de peso até obesidade grau III, variando IMC de 28,7 kg/m² (MIRKARIMI et al., 2015) a 44 kg/m² (MAHONEY, 2014).

QUADRO 1 - DETALHAMENTO DOS ESTUDOS AVALIADOS

	n	Idade	IMC	Comorbidades	Redução total de peso	Valor de p
SMITH, 1997	C: 10; EM: 6	62,4	34,7	DM - sem insulina	4 meses = EM: ↓ 5,5 kg C: ↓ 4,5 kg	NS
WEST, 2007	C: 108; EM: 109	53	C: 36,5; EM:36,5	DM 2- sem insulina	6 meses = EM: ↓ 4,7 kg; C: ↓ 3,1 Kg. 18 meses = EM: ↓ 3.5. kg; C: ↓1.7	Significativo
MAHONEY, 2013	12	32*	44	Síndrome do ovário policístico	↓3,17 kg	Significativo
LOW, 2013	10	ND	ND	Risco cardiovascular	EM: ↓ 4,1 kg. C: ↓ 1,5 kg.	Significativo
MILLER, 2014	24	50,8	39	DM 2	Não relatada	NS
WILLIAMS, 2014	16	44 a 50**	27,1**	ND	12 meses = EM: ↓ 3,5 kg; C: ↓ 2,3 kg	NS
SAFFARI, 2014	C:170, EM: 157	C: 34,62 EM: 33,99	C: 35,09 EM: 35,11	ND	EM: ↓ 3,14 kg; C: ↓ 1,42 kg	Significativo
MIRKARIMI, 2015	C:50, EM: 50, EM+l: 50	C: 37,9; EM: 37,9; EM + l = 39,5	C: 28,84; EM: 28,25; EM+l: 29,01	ND	ND	Significativo

C - controle. EM: Entrevista Motivacional. EM +l= Entrevista Motivacional com intervenção intencional. DM - diabetes melitus. ND - não descrito. NS - não significativo

QUADRO 02 – METODOLOGIA UTILIZADA NOS ESTUDOS AVALIADOS

(continua)

	Duração (meses)	G	Dieta	AF	Profissional	Sessões EM/placebo	Profissional que conduziu EM	Detalhamento da EM
SMITH, 1997	4	C	1200 a 1500 kcal/dia, 30 a 40 g de gordura/dia	EA	Reuniões em grupo: nutricionistas, psicólogos, fisiologista do exercício	3 consultas individuais em EM	Psicólogo	1 sessão: início das sessões em grupo; 2 sessões: durante o período das sessões em grupo
		EM						
WEST, 2007	12	C	1200 a 1500 kcal/dia, 33 a 42 gramas de gordura por dia	EA	Nutricionista, educador em diabetes, fisiologista do exercício, terapeutas comportamentais	Placebo: 5 sessões de educação em saúde		
		EM						
MAHONEY, 2013	3	EM	Orientações qualitativas	EA	ND	6 sessões	ND	6 sessões: 1 sessão a cada 2 semanas

Quanto aos outros três artigos que não exibiram redução significativa de peso (WILLIAMS et al., 2014; SMITH et al., 1997; MILLER et al., 2014), dois apresentaram comparação de resultados com grupo controle (WILLIAMS et al., 2014; SMITH et al., 1997), apontando que houve redução de peso significativa tanto no grupo EM quanto no controle, com perda de peso similar entre os grupos. Um deles (MILLER et al., 2014) realizou comparações com apenas um grupo, não apontando redução de peso durante o tratamento com EM. Com relação ao público analisado nestas pesquisas, houve abrangência de indivíduos com diagnóstico de sobrepeso (WILLIAMS et al., 2014), com dados iniciais de IMC de 27,1 kg/m² até indivíduos com obesidade grau II, 39 kg/m² (MILLER et al., 2014).

Apesar destes três estudos não apontarem maior redução de peso no grupo EM que no controle (WILLIAMS et al., 2014; SMITH et al., 1997), ou redução se comparados os pesos finais com iniciais (MILLER et al., 2014), houve melhora em alguns parâmetros avaliados. Estudo que avaliou mulheres com diabetes apontou que as mulheres do grupo EM apresentaram melhores resultados que grupo controle em (SMITH et al., 1997): maior frequência nas sessões, mais dias de preenchimento de registro alimentar, auto monitoramento de glicemia sérica ($p=0,05$) e melhor controle glicêmico, verificado por níveis de hemoglobina glicada ($p=0,05$). Ainda, no estudo que apontou redução de circunferência de cintura de pressão diastólica no grupo EM (WILLIAMS et al., 2014), reduções não verificadas no grupo controle. O estudo de Miller que avaliou mulheres com diabetes e realizou intervenção com EM em apenas um grupo, promoveu redução nos níveis de hemoglobina glicada se comparados aos dados iniciais (MILLER et al., 2014). Tal redução foi também apontada no estudo de WEST et al. (2007) e SAFFARI et al. (2014), tendo ambos apresentado redução maior no grupo EM que controle.

Com relação aos parâmetros alimentares, verificou-se que após intervenção com EM houve redução na ingestão calórica (MAHONEY, 2014; SAFFARI et al., 2014), ingestão de lipídios, gorduras saturadas, carboidratos (MAHONEY, 2014; SAFFARI et al., 2014) e proteínas (MAHONEY, 2014). Além disso, estudo de Saffari, et al. (2014) verificou aumento no consumo de grãos integrais, fibras dietéticas, peixes, frutas e vegetais.

Outras análises apontaram ainda, redução em parâmetros metabólicos como pressão sistólica e diastólica, colesterol total sérico, glicemia de jejum, e hemoglobina

glicada, redução não verificada no grupo controle (SAFFARI et al., 2014). Ainda, foi verificada melhora na prática de atividade física no grupo EM se comparado aos dados iniciais (MAHONEY, 2014)

Quanto a idade do público analisado, os estudos que apontaram resultados significativos quanto ao peso das mulheres após intervenção com EM (WEST et al., 2007; MAHONEY, 2014; LOW et al., 2013; SAFFARI et al., 2014; MIRKARIMI et al., 2015) abrangeram um público inicial com idade de 32 (MAHONEY, 2014) até 53 anos (WEST et al., 2007). Contudo, não foi possível verificar a média de idade das mulheres em estudo de LOW et al. (2013), já que o estudo avalia homens e mulheres distribuídos em grupo controle e intervenção, e a idade apresentada no estudo abrange os dois sexos. Já os estudos que não obtiveram resultados superiores após uso de EM frente ao grupo controle (MILLER et al., 2014; SMITH et al., 1997; WILLIAMS et al. 2014), ou que não resultaram em redução de peso após intervenção, avaliaram mulheres com idades entre 50 (MILLER et al., 2014) e 62 anos (SMITH et al., 1997). O estudo de WILLIAMS et al. (2014) apresentou dados de mulheres eutróficas e com excesso de peso, tendo selecionado mulheres entre 44 a 50 anos, porém, não diferiu a média de idade das mulheres com excesso de peso.

Entre os profissionais descritos, envolvidos em alguma etapa do processo, o nutricionista foi mencionado em seis estudos (SMITH et al., 1997; WEST et al., 2007; MILLER et al., 2014; WILLIAMS et al., 2014; SAFFARI et al., 2014 e MIKARIMI et al., 2015), psicólogo em três (SMITH et al., 1997; SAFFARI et al., 2014; MIKARIMI et al., 2015) e acadêmicos de psicologia no estudo de LOW et al. (2013). Ainda, entre os profissionais apresentados, o fisiologista do exercício foi mencionado em três estudos (SMITH et al., 1997; WEST et al., 2007; WILLIAMS et al., 2014). Profissionais como o terapeuta comportamental (WEST et al., 2007), enfermeiro (LOW et al., 2013), especialista em DM (MILLER et al., 2014) e especialista em educação em saúde (MIRKARIMI et al., 2015), também foram citados.

4.4 DISCUSSÃO

Os estudos que não apontaram redução de peso apresentaram fragilidade quanto ao número de indivíduos que foram analisados. Em dois destes estudos, ainda que presente a comparação de grupo controle com intervenção, o número total de indivíduos analisados foi pequeno, sendo de 16 mulheres (WILLIAMS et al., 2014; SMITH et al., 1997). Estudo de Miller que também não apontou redução de peso, apresentou avaliação de apenas 24 indivíduos e não comparou a grupo controle, o que pode demonstrar dificuldade de adesão a dieta, e não necessariamente falta de resposta à técnica da EM. Desse modo, consideramos estudos com menor fragilidade aqueles que apresentaram grupo controle e maior número de indivíduos analisados (WEST et al., 2007; SAFFARI et al., 2014; MIRKARIMI et al., 2015), apontando, estes, eficácia da EM frente ao tratamento padrão.

A eficácia da EM pareceu não estar relacionada com o diagnóstico de sobrepeso ou obesidade. Duração da consulta, periodicidade, tempo de tratamento ou profissional que a direcionou também foram variáveis que não se relacionaram com desfecho positivo ou negativo no que tange a perda de peso.

Quanto à abrangência de faixas etárias, mesmo tendo sido diferente entre os estudos que obtiveram ou não resultado positivo quanto a redução de peso com uso de EM, não foi possível sugerir relação entre idade e efetividade da técnica, visto que um estudo não avaliou a média isolada de idade do grupo com excesso de peso (WILLIAMS et al., 2014), outro não analisou somente os pacientes que ficaram no estudo e apresentou uma média que abrangeu pacientes desistentes (MAHONEY, 2014) e no estudo de LOW et al. (2013) os dados não foram demonstrados.

Apesar de três estudos não apresentarem resultados positivos para perda de peso (WILLIAMS et al., 2014; MILLER et al., 2014; SMITH et al., 1997), nota-se que indivíduos com diabetes do grupo EM no estudo de SMITH apresentaram melhor participação no controle da doença em relação ao grupo controle, sendo possível observar um aumento da responsabilidade e participação do paciente em relação ao seu estado de saúde, resultado que é esperado ao empregar a técnica de EM. Apesar

de não apresentar grupo controle, desfecho similar foi observado no estudo MILLER et al. (2014).

Considerando o desenho dos estudos analisados e número de participantes avaliados, a EM parece ter impacto positivo na redução de peso de mulheres com excesso de peso além de auxiliar na manutenção desta redução. Contudo, há ainda limitações que podem prejudicar a percepção da influência da técnica, como o tamanho das amostras, a falta de grupo controle, entre outros aspectos expostos anteriormente.

4.5 CONCLUSÃO

São poucos os estudos na literatura que utilizam a EM em mulheres com excesso de peso. O uso da EM parece ser eficaz na redução de peso de mulheres com sobrepeso e obesidade. São necessários mais estudos para que a eficácia da técnica possa ser comprovada.

4.6 REFERENCIAS

BUENO, J.M. et al. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. **Revista de Nutrição**. v..24 n.4, 2011

CANELLA, D.S. et al. Influência do excesso de peso e da obesidade nos gastos em saúde nos domicílios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 31(11):2331-2341, nov, 2015.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

DEMETRIO, F. et al. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 24, n. 5, p. 743-763, Oct. 2011.

DEVLIN, M.J.; YANOVSKI, S.Z.; WILSON, G.T. Obesity: what mental health professionals need to know. **The American journal of psychiatry**. V. 157, n. 6, p 854-866. 2000.

ESTRELA K.C.A. et al. Adesão às orientações nutricionais: uma revisão de literatura. **Demetra**. 12(1); 249-274. 2017.

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

GUSMÃO J.L., MION Jr.D. Adesão ao tratamento: conceitos. **Rev Bras Hipert**. 13(1):23-25. 2006.

INELMEN E. M. et al. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. **International Journal of Obesity**, v.29, n.1, p.122-128. 2005.

LOW K.G. et al. Testing the Effectiveness of Motivational Interviewing as a Weight Reduction Strategy for Obese Cardiac Patients: A Pilot Study. **International Journal of Behavioral Medicine**. v. 20, p. 77–81, 2013.

MAHONEY, D. Lifestyle modification intervention among infertile overweight and obese women with polycystic ovary syndrome. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners** v. 26, p. 301–308, 2014.

MILLER S.T. et al. Preliminary Efficacy of Group Medical Nutrition Therapy and Motivational Interviewing among Obese African American Women with Type 2 Diabetes: A Pilot Study. **J. Obes**. 2014: 1 -7. 2014.

MILLER, W.R. Motivational interviewing with problem drinkers. **Behavioural Psychotherapy**, v. 11, p. 147-172, 1983.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior. **Journal of Community & Applied Social Psychology**. 2: 227 - 302. 1992.

MILLER, W. R., ROSE, G. S. Toward a Theory of Motivational Interviewing. **American Psychologist** v. 64, n. 6, p. 527-537, 2009.

MIRKARIMI K. et al. Effect of Motivational Interviewing on a Weight Loss Program Based on the Protection Motivation Theory. **Iran Red Crescent Med J**. 17(6): e23492. 2015.

OLIVEIRA, A. C. **Percepção de mulheres obesas em relação ao aconselhamento nutricional**. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) - Setor de ciências da saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2012.

OLIVEIRA A.P.S.V., SILVA M.M. Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 6, n. 1, , p. 74-82. jan. /jun. 2014.

PAGOTA, S.L.; APPELHANS, B.M. A call for an end to the diet debates. **JAMA**, v. 310, n. 7, p. 687–688, 2013.

SAFFARI M. et al. Long-Term Effect of Motivational Interviewing on Dietary Intake and Weight Loss in Iranian Obese/Overweight Women. **Health Promotion Perspectives**. 4(2), 206-213. 2014.

SMITH D.E. et al. Motivational Interviewing to Improve Adherence to a Behaviora Weight-Control Program for Older Obese Women With NIDDM A pilot study. **Diabetes Care**. v. 20, p. 52-54. 1997.

SOUZA, F.P., et al. Características do treinamento em Entrevista Motivacional. **Aletheia [online]**, n.38-39, pp. 186-195, 2012.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, 8(1):102-106. 2010.

VIVAS, E.A. et al. Variables predictoras de baja adherencia para el tratamiento del exceso de peso em atención primaria. **Nutr Hosp**. 28(5):1530-5. 2013.

WEST, D. S. et al. Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes. **Diabetes care**, v. 30, n. 5, 2007.

WILLIAMS L.T. et al. Can a relatively low-intensity intervention by health professionals prevent weight gain in mid-age women? 12-Month outcomes of the 40-Something randomised controlled trial. **Nutrition & Diabetes**. 1 – 8. 2014.

World Health Organization - WHO. **Overweight and obesity - adults aged +18. Global Health Observatory (GHO) data.** 2018. Disponível em: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_text/en/>. Acesso em 08/06/2018.

World Health Organization - WHO. **Obesity and overweight.** 2017. Disponível em: < <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> >. Acesso em: 08/06/2018.

5 CAPÍTULO 4 - VAMOS INSISTIR COM O MONÓLOGO TÉCNICO? QUE TAL OUVIR OS CLIENTES? PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL PARA REDUÇÃO DE PESO VIA ENTREVISTA MOTIVACIONAL.

Are we going to insist on the technical monologue? What about listening the patients?
Nutritional counselling proposal for weight loss using motivational interview

Autores: Évellyn Alves Gordiano¹, Brenda Chahin², Ana Paula Garcia Fernandes dos Santos², Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker¹, Regina Maria Vilela¹.

¹ Programa de Pós-graduação em Alimentação e Nutrição, Universidade Federal do Paraná.

² Nutrição - Universidade Federal do Paraná

Correspondência: Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker - Universidade Federal do Paraná - melianamschiefer@gmail.com -Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - Campus Jardim Botânico

RESUMO

A necessidade de estratégias alternativas à redução de peso cresce conforme os tratamentos convencionais se mostraram falhos e com baixa adesão dos pacientes. Neste cenário, metodologias que propõem mudanças comportamentais aliadas a intervenções dietéticas têm-se demonstrado eficazes, como é o exemplo da Entrevista Motivacional (EM). Desenvolvida inicialmente com a finalidade de auxiliar dependentes químicos, esta técnica é proposta como coadjuvante a terapia nutricional, apresentando resultados positivos no emagrecimento. Ausentando-se de questões tecnicistas de uma terapia nutricional convencional, a EM requer entrevistadores aptos a arte de ouvir e compreender o paciente. No âmbito da nutrição, poucos estudos abordam de que forma a EM deve ser aplicada, desse modo, muitos profissionais encontram dúvidas ao aplicar a técnica. Assim, a fim de tornar factível a correta aplicação da EM no campo da nutrição, torna-se necessário o desenvolvimento de um protocolo clínico. À vista disso, o presente artigo tem como objetivo propor um protocolo de aconselhamento nutricional para redução de peso via

entrevista motivacional. Para tal, foi realizado levantamento de dados que expunham a fundamentação da técnica, bem como aplicação prática da mesma, para embasar o uso da técnica na nutrição clínica. Por fim, foi elaborado um protocolo de atendimento nutricional direcionado pela Entrevista Motivacional.

Palavras- chave: Entrevista Motivacional; Emagrecimento; Protocolos clínicos

5.1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma pandemia que atinge todas as camadas sociais e faixas etárias, sendo caracterizada pelo excesso de gordura corporal de origem multifatorial. Atingindo proporções alarmantes, inúmeros tratamentos foram desenvolvidos na tentativa de reverter este quadro. Entretanto, é bem estabelecido na literatura que, a taxa de adesão dos pacientes com obesidade e sobrepeso, frente às intervenções nutricionais, é pequena (OLIVEIRA, SILVA, 2014; SOUSA, NUNES, 2014; VIANA et al., 2013; BUSNELLO et al., 2011), bem como, a maioria dos indivíduos não consegue manter o peso perdido a longo prazo (VIEIRA et al., 2012).

Para elucidar os motivos que levam às altas taxas de insucesso na perda de peso, devemos analisar quais os métodos e condutas utilizados pelos profissionais da área. Nesta perspectiva, dieta, atividade física e cirurgias ocupam destaque notório (KUSHNER, 2014). No que tange a dieta, comumente são prescritos planos dietéticos de baixa ingestão calórica, somado a restrição de algum tipo específico de alimento (MOLINER; RABUSKE, 2008). Contudo, vale ressaltar que essa conduta está diretamente associada à recuperação do peso em longo prazo (SOELIMAN; AZADBAKHT, 2014). Em relação aos exercícios, estudos mostram que há uma baixa continuidade das atividades pelos pacientes, tanto por falta de motivação e sedentarismo, quanto pelo aumento de peso, que conseqüentemente impossibilita uma melhor mobilidade, gerando desconfortos físicos (MOLINER; RABUSKE, 2008).

A ineficácia decorrente destas intervenções gera um sentimento de fracasso, (COSTA et al., 2008) assim, muitos pacientes acabam optando pela cirurgia bariátrica, a qual é considerada pelos indivíduos como a mais fácil e garantida estratégia para

redução de peso. Entretanto, estes não avaliam as adaptações e possíveis riscos pós-operatórios, como as drásticas mudanças na rotina alimentar. Como consequência, o indivíduo pode recuperar parte do peso perdido, desenvolver transtornos alimentares ou demais comportamentos compulsivos (MOLINER; RABUSKE, 2008; CREMASCO; RIBEIRO, 2017).

Tendo em vista o exposto, abordagens alternativas no tratamento dietético para perda de peso são necessárias. Uma possibilidade, é o uso de terapias de comportamento e que visam a motivação intrínseca do paciente. Estas condutas consideram que a adesão do indivíduo envolve um contexto que não depende apenas do profissional da saúde, mas também da percepção de autocuidado que cabe ao paciente atingir (BUSNELLO et al., 2011). Nesta conjuntura, metodologias que propõe mudanças comportamentais aliadas a intervenções dietéticas têm-se demonstrado eficazes (INELMEN et al., 2005), como é o caso da Entrevista Motivacional (EM) (BORGES; PORTO, 2014; MIRKARIMI et al., 2017).

5.2 O QUE É A ENTREVISTA MOTIVACIONAL?

A técnica da Entrevista Motivacional (EM) ou *Motivational Interviewing* (MI), é uma abordagem psicológica desenvolvida por Miller e Rollnick (1991), difundida na Europa e Estados Unidos da América e, há quase duas décadas, no Brasil (SANTOS, 2009). Formalmente, o modelo da EM começou com a publicação de um artigo em 1983, por William Miller, intitulado “*Motivational Interviewing With Problem Drinkers*”, sendo desenvolvida inicialmente com a finalidade de auxiliar dependentes químicos, como uma alternativa às abordagens coercitivas e de confrontação utilizadas na época (MILLER, 1983). A EM foi concebida para provocar a motivação interior do indivíduo, e é focada em um conjunto de competências de comunicação centrada no indivíduo, que envolve, entre outros aspectos, questões abertas, escuta reflexiva, apoio para autonomia do indivíduo e auto eficácia (MILLER, ROLLNICK, 2012). Ainda, estimula o autocontrole para mudança de hábitos e usa estilo de escuta empática para motivar e destacar a discrepância entre os objetivos do indivíduo e suas ações atuais (DILILLO, SIEGFRIED, WEST, 2003). Por basear-se na motivação intrínseca do

indivíduo, a EM atua como ferramenta para ajudar o indivíduo a se sentir envolvido e no controle de sua saúde e autocuidado (SOUZA et al., 2012).

5.3 POR QUE UTILIZAR A EM NO ATENDIMENTO NUTRICIONAL DE INDIVÍDUOS COM EXCESSO DE PESO?

O excesso de peso é um problema global, sendo resultante de múltiplos fatores, e por tal, são necessárias estratégias sociais amplas e complexas para redução em tais índices. Dentre os aspectos importantes para redução neste quadro destaca-se a adesão a modificações no estilo de vida, em especial, adesão dietoterápica. Contudo, ainda que em acompanhamento nutricional, é observada a dificuldade de indivíduos com excesso de peso em aderir a dietoterapia (VIVAS et al., 2013; GUIMARÃES et al., 2010; BUENO et al., 2011; ESTRELA et al., 2017;), sendo relacionada a diversos fatores, dentre eles a falta de motivação (VIVAS et al., 2013; OLIVEIRA, SILVA, 2014). Além disso, atualmente as condutas nutricionais tem recebido críticos por se basearem no modelo biomédico, marcada por um caráter normativo, prescritivo e tecnicista, que podem levar a ineficácia das prescrições nutricionais e inefetividade do processo de melhoria dos hábitos alimentares (DEMETRIO et al., 2011)

Neste contexto, destaca-se a necessidade do uso intervenções dietoterápicas direcionadas por meios que estimulem a motivação e participação ativa destes indivíduos em seu tratamento, como a EM.

Na prática da EM a meta final é aumentar a motivação intrínseca do indivíduo, de modo que a mudança venha do indivíduo em vez de ser imposta pelo terapeuta. A EM é considerada um meio particular de ajudar as pessoas a reconhecer e fazer algo a respeito de seus problemas presentes ou potenciais. Sendo particularmente útil com pessoas que relutam em mudar e que são ambivalentes quanto à mudança, ou seja, desejam mudar, mas encontram muitas justificativas externas sobre o que as impede de mudar. Assim, a técnica tem como objetivo ajudar a resolver a ambivalência e colocar a pessoa em movimento como um protagonista das decisões que a coloca no caminho para a mudança (MILLER, ROLLNICK, 1991).

Na EM o terapeuta não assume papel autoritário, sendo a responsabilidade e a escolha pela mudança deixadas para o indivíduo. Neste caso o tratamento é compartilhado com o terapeuta e não demandado por este de forma unilateral. As estratégias da EM são consideradas mais persuasivas do que coercitivas, mais encorajadoras do que argumentativas. O papel do terapeuta é a criação de uma atmosfera positiva que conduza a mudança, além disso, sabe-se que o estilo do terapeuta é um determinante fundamental do sucesso do tratamento. (MILLER, ROLLNICK, 1991).

O conceito trazido pela EM quando utilizado na Nutrição clínica permite então que o nutricionista possa assumir o diálogo entre o saber técnico-científico, e o saber do cliente, trazendo com isso uma integração entre a tecnociência e a vivência do indivíduo.

5.4 COMO UTILIZAR A EM NA PRÁTICA CLÍNICA DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL?

Para aplicação da EM no atendimento nutricional é necessário considerar alguns princípios básicos da técnica, como: expressar empatia, desenvolver a discrepância, evitar a argumentação, fluir com a resistência e promover a auto eficácia.

A empatia exige do profissional uma atitude sem julgamentos, é necessário que o mesmo perceba as situações da perspectiva do cliente. Isto não significa que o profissional deva concordar com todas as ações do cliente, ou que deva repreendê-lo ou criticá-lo, e sim, que o profissional compreenda a perspectiva do cliente ao tomar as decisões (ARKOWITZ et al., 2011). Além disso, é necessário que o terapeuta em EM crie uma atmosfera em que o cliente seja o principal autor de seu tratamento e agente primordial de mudança (ARKOWITZ et al., 2011).

O desenvolvimento da discrepância permite que o cliente visualize o seu comportamento atual e seus objetivos. Pode ser desencadeada pela conscientização dos custos do curso do comportamento atual do indivíduo, já que quando um

comportamento é visto como conflitante com prioridades do cliente, como saúde, torna-se mais provável que a mudança ocorra (MILLER, ROLLNICK, 1992).

Durante o atendimento é ainda importante evitar argumentação e confrontos diretos com o paciente. Argumentar que o cliente tem um problema e precisa mudar de atitude tende a evocar reatância no cliente, gerando no cliente a sensação de que o terapeuta tenta privá-lo de sua liberdade (MILLER, ROLLNICK, 1992).

Ainda, é comum que, durante o tratamento, observe-se momentos em que o cliente parece “resistir” ao tratamento, expondo razões para não mudar suas atitudes atuais. Neste momento é importante que o terapeuta não tente expor razões para que a mudança ocorra, pelo contrário, o terapeuta deve devolver o problema relatado ao paciente. A tarefa do terapeuta não é gerar todas as soluções, e sim refletir ao indivíduo os problemas que o mesmo apresentou, e fazer com que o cliente apresente as soluções. Na EM o cliente deve ser envolvido ativamente no processo de solução de seus problemas (MILLER, ROLLNICK, 1992).

Um dos princípios básicos da EM é a promoção da auto-eficácia, que permitirá que o cliente perceba sua capacidade de realizar ações e ter sucesso, sendo um elemento chave na motivação para a mudança (MILLER, ROLLNICK, 1992).

No atendimento nutricional, sugere-se o direcionamento da consulta da seguinte forma:

- 1) Levantamento do histórico do cliente;
- 2) Promoção da auto-eficácia;
- 3) Transição do levantamento do histórico do indivíduo para avaliação do estado nutricional;
- 4) Avaliação do estado nutricional;
- 5) Avaliação cliente-nutricionista dos parâmetros avaliados;
- 6) Organização das metas.

No QUADRO 1, são apresentadas sugestões de etapas para a condução do processo da EM no atendimento ao cliente com excesso de peso.

QUADRO 1 – ETAPAS, ESTRATÉGIAS E OBJETIVOS DA EM NA CONDUÇÃO DO TRATAMENTO DO EXCESSO DE PESO

(continua)

Etapas	Estratégias	Objetivo	Exemplos
Levantamento do histórico do paciente	Uso de perguntas abertas	<p>Permitir que o indivíduo se expresse de maneira livre. Estabelecer uma parceria com o indivíduo e evitar coerção.</p> <p>O objetivo principal desta etapa é perceber quais as dificuldades já enfrentadas pelo indivíduo em tratamentos anteriores e qual a motivação deste para iniciar o acompanhamento nutricional naquele momento. É nesta etapa em especial que profissional deve auxiliar o cliente a perceber quais as razões para realizar as mudanças que deseja.</p>	<p>Perguntas como “qual o motivo da consulta?” e “como posso ajudá-lo?”</p>
	Evitar rotular o indivíduo	Evitar rotular o indivíduo com diagnósticos (grau de obesidade, presença de patologias).	“Você está com obesidade grau II” “Você é um diabético tipo II”
	Reflexões	Ouvir o que o indivíduo está relatando sobre seus sentimentos em relação ao tratamento ou à doença e então, repetir a fala do mesmo durante a conversa;	“Entendi... tem sido bem difícil para você mudar seus hábitos alimentares sem suporte da sua família”
	Identificação da ambivalência e desenvolvimento da discrepância	Também neste momento é possível realizar a identificação da ambivalência, ou seja, identificar o que o indivíduo coloca como necessidade de mudança, bem como dificuldades para a mudança. Ponderar com o mesmo sobre o que relata precisar fazer para atingir seu objetivo, e o que aponta como limitações para não realizar tais mudanças. Ainda, este momento costuma ser propício para desenvolver a discrepância do indivíduo, de modo a estimular a motivação do mesmo. Lembrando que a motivação é o resultado da discrepância entre os comportamentos atuais e os valores do cliente.	<p>Você me contou que mudar seus hábitos alimentares tem sido muito difícil, já que não tem suporte da sua família. Por outro lado, você me contou que o excesso de peso tem trazido muitas dores no corpo, gasto com medicações e que isso tem deixado você depressiva, já que gostaria de utilizar este dinheiro para o lazer de sua família. O que acha que poderia fazer para solucionar este problema?”</p>

QUADRO 1 – ETAPAS, ESTRATÉGIAS E OBJETIVOS DA EM NA CONDUÇÃO DO TRATAMENTO DO EXCESSO DE PESO

		(continuação)	
Etapas	Estratégias	Objetivo	Exemplos
	Evitar confronto e argumentação	Evitar criar um ambiente de discussão, em que o terapeuta defenda a mudança e o cliente defenda seus hábitos atuais e razões para permanecer no estado atual.	“Você precisa mudar seu comportamento” “Se você não mudar, vai ter um enfarto”
Promoção da auto eficácia	Refletir falas do indivíduo, destacando pontos que possam promover a auto eficácia	Após ouvir o relato do indivíduo, destacar os pontos positivos que ele trouxe, tendo empatia com a situação e as dificuldades do mesmo.	“Você me contou que já tentou diversas dietas, sem sucesso. Mas, há vários hábitos alimentares positivos que você ainda tem mantido.”
Transição do levantamento do histórico do indivíduo para avaliação do estado nutricional	Resumo	Deve ser feito o resumo da fala do indivíduo desde o início da conversa por parte do nutricionista, fazendo com que ele possa ouvir todo o relato em consulta sendo replicado, permite que este organize seus pensamentos de forma a avançar com a avaliação do estado nutricional e traçar metas para o tratamento. Ocorre aqui o fechamento do período de escuta, para que se possa avançar para avaliação conjunta, profissional -indivíduo, do registro alimentar, com posterior definição de metas.	
Avaliação do estado nutricional	Levantamento de dados antropométricos, bioquímicos, clínicos e dietéticos,	Aplicação de métodos de avaliação antropométrica e de avaliação de consumo alimentar amplamente reconhecidos, bem como avaliação bioquímica se necessário.	

QUADRO 1 – ETAPAS, ESTRATÉGIAS E OBJETIVOS DA EM NA CONDUÇÃO DO TRATAMENTO DO EXCESSO DE PESO

		(conclusão)	
Etapas	Estratégias	Objetivo	Exemplos
Avaliação cliente-nutricionista dos parâmetros avaliados	Avaliação com um olhar reflexivo conjunto sobre os pontos a serem valorizados para o sucesso do tratamento	Realizar a avaliação do estado nutricional solicitando ao indivíduo que sejam expostos os pontos na alimentação que acredita que o levam a insucesso. Os indivíduos normalmente têm o conhecimento e recursos para identificar os problemas em relação à alimentação e efetuar as mudanças em sua vida quando decidem fazê-lo. Neste momento, é importante que o terapeuta utilize dos conhecimentos que o indivíduo já tem para promover a auto eficácia do cliente.	“Observando seu recordatório 24 horas, o que acredita que possa estar prejudicando sua meta de reduzir peso?” “Achei ótima sua ideia de reduzir frituras ao longo o dia, isso irá auxiliar muito na redução do consumo calórico ao longo do dia”
	Oferecer orientação	Caso o indivíduo não consiga apontar melhorias ao visualizar seu consumo atual, o nutricionista deve então agir como um consultor ou guia, sugerindo possíveis formas de proceder. Contudo, vale ser destacado que na EM o cliente é quem define o que será ou não realizado.	“Posso lhe dar uma sugestão quanto ao seu almoço?”
Organização das metas	Discussão conjunta sobre as metas viáveis para o sucesso do tratamento	Junto com o indivíduo, elaborar metas a curto, médio e longo prazo. De acordo com os apontamentos feitos pelo cliente, o profissional registra em sua prescrição quais serão as metas para melhora do consumo alimentar até a próxima consulta. Aqui, as metas devem ser sugeridas pelo cliente e não devem ser muito drásticas visando não frustrar o cliente que pode falhar em atingir múltiplas metas.	

Fonte: baseado em MILLER, 1983; MILLER, ROLLNICK, 1991; MILLER, ROLLNICK, 1992; ARKOWITZ et al, 2011.

Durante o levantamento do histórico do cliente, destaca-se a importância do uso de perguntas abertas para conhecer as necessidades, ambivalência e motivação do cliente para mudar os hábitos alimentares, ou seja, trazer para o debate o quanto ele entende que precisa mudar, o quanto está decidido a mudar e o quanto se sente preparado e tem as ferramentas para esta mudança. Destaca-se ainda a necessidade permanente do uso em todo o atendimento nutricional. Assim, quando o indivíduo indicar que o motivo para a consulta é o excesso de peso, podem ser realizadas perguntas como “Como está se sentindo com relação ao excesso de peso?”, “Por que você entende que o tratamento não funcionou? Que mudanças você entende que poderiam ajudá-lo a ter sucesso”? Tais questões visam estimular o pensamento reflexivo, bem como identificar a discrepância entre a situação do indivíduo e seus objetivos (ARKOWITZ et al., 2011; ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2008; MILLER; ROLLNICK, 2001).

Na etapa de avaliação do estado nutricional, a avaliação antropométrica, de consumo alimentar e bioquímica deve ser realizada de acordo com protocolo do profissional para identificação dos efeitos da alimentação sobre o estado nutricional.

Na etapa em que há avaliação conjunta do cliente-nutricionista dos parâmetros avaliados, sugere-se que o cliente tenha liberdade de apontar quais melhorias acredita serem possíveis de realizar, de acordo com sua realidade. Caso ao final das sugestões do cliente o profissional perceba que não houve sugestão de modificações de forma suficiente a gerar redução de peso, o profissional pode pedir permissão ao cliente para sugerir algumas mudanças.

Quanto à organização das metas, alguns pontos são importantes ao longo de todo o tratamento, como evitar o reflexo de consertar todas as coisas. Quando o nutricionista perceber a necessidade de informar o cliente sobre algo, é importante que peça permissão ao cliente para informá-lo sobre o tópico, podendo iniciar sua fala com “Posso dar uma sugestão quanto a este tópico?” ou “Posso informá-lo sobre as consequências deste item?”, respeitando com isso a liberdade e tomada de decisão do indivíduo. Ao informar, o profissional deve ser solidário ao indivíduo, e passar informações de um modo claro e conciso. Além disso, destaca-se a necessidade de alguns cuidados ao informar: não sobrecarregar o indivíduo com informações;

fornecer informações de modo simples, sem excesso de termos técnicos, visando a compreensão do cliente; considerar as prioridades mais amplas do cliente; considerar como a informação se aplica à vida e à perspectiva do cliente (ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2008; MILLER; ROLLNICK, 2001)

Quando o nutricionista perceber a necessidade de orientar ou informar o indivíduo, por exemplo, sobre a importância do tratamento, sobre a densidade calórica de algum alimento presente em seu registro, sobre o sistema-hedônico de recompensa que impulsiona o consumo exagerado mediado por carboidratos e lipídeos, ou seja, qualquer informação técnica que possa despertar o interesse do cliente, deve pedir permissão para fazê-lo, em uma demonstração de respeito e reforço da autonomia do indivíduo, permitindo um envolvimento ativo do mesmo em seu tratamento. A forma mais simples de orientar o indivíduo seria o momento em que o indivíduo pedisse a opinião do profissional. Assim, neste momento, o profissional poderia questionar o indivíduo sobre qual a opinião deste sobre como proceder ou se gostaria de sugerir alguma mudança. Esta forma de orientação enfatizaria a auto eficácia do indivíduo (ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2008).

Alguns aspectos da forma de orientação do cliente estão apresentados no QUADRO 2.

QUADRO 2 – CONDUTA ESPERADA DURANTE A ORIENTAÇÃO DO CLIENTE

Conduta	Objetivo
Pedir permissão	-Respeitar e reforçar a autonomia e envolvimento ativo do cliente em seu tratamento; -Enfatizar o ideal colaborativo do atendimento; -Permitir que o cliente redirecione a conversa para o centro de sua preocupação Ex. “Você gostaria de saber porque o consumo de açúcar estimula o prazer?”
Oferecer opções	-Permitir ao indivíduo fazer escolhas quanto às opções do tratamento. Ex. “O que acha da possibilidade de trocarmos _____ por ____? Acha que seria positivo para seu objetivo?”
Falar sobre experiências de outros clientes	- Oferecer uma perspectiva de uso da experiência de outros em seu cotidiano. Quando o profissional achar necessário informar sobre algo, também pode comentar sobre como a mudança afetou outros clientes.. Contudo, é importante que o indivíduo tenha liberdade para dizer o que pode ou não funcionar para ele. Ex. “Alguns clientes em sua situação reduzem o consumo de _____, outros optam por _____, o que faria sentido para você?”

FONTE: baseado em ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2008.

Em suma, na primeira consulta, o nutricionista deve estabelecer empatia com o cliente e permitir que o mesmo expresse suas ambivalências e avalie o seu preparo para a mudança, conduzindo-se assim a uma convivência colaborativa e, de acordo com as escolhas do cliente, instrutiva. Assim, problemas são levantados, soluções são discutidas e um planejamento das metas é definido. Nas demais consultas é importante que o indivíduo tenha liberdade para expressar sua percepção sobre o período em dieta. Neste momento do tratamento, algumas etapas podem ser vislumbradas (QUADRO 3).

QUADRO 3 - CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO

		(continua)	
Etapas	Estratégias	Objetivo	Exemplos
Levantamento de informações abordando a adesão ao tratamento	Uso de perguntas abertas	Permitir que o indivíduo relate como foi sua experiência com a dieta até então, expressando de maneira livre quais foram suas dificuldades ao longo do período.	“Como tem sido sua alimentação desde que nos vimos? “
	Reflexões	Comumente, enquanto o cliente relata sua adesão ou não à metas específicas, sua fala pode trazer quais foram as dificuldades que encontrou para realização daquela meta. Este é um momento em que o nutricionista pode fazer uso da reflexão para demonstrar compreensão da dificuldade que o indivíduo relatou.	“Quanto à redução de consumo de frituras todos os dias em seu almoço, você não achou possível já que sua família faz questão de comer alimentos fritos nesta refeição”
Avaliação do estado nutricional	Levantamento de dados antropométricos, bioquímicos, clínicos e dietéticos,	A Avaliação de consumo pode ser realizada de diversas formas. Uma delas é a conferência das metas definidas na consulta anterior, para verificar qual foi o grau de adesão do indivíduo aquela sugestão. Outra forma, é a aplicação de métodos clássicos para avaliação de consumo. Antes de fazê-lo, no entanto, o nutricionista pergunta se o cliente gostaria de fazê-lo naquele momento. Ainda, a avaliação antropométrica ou de parâmetros bioquímicos deve ser feita nesta etapa, podendo ser questionado ao cliente se percebe relação destes parâmetros com dieta atual.	“Com relação a [citar meta definida em última consulta], como tem sido?” “Você acredita que o resultado da sua pesagem reflete sua adesão a dieta?”
Ênfase no positivo - empatia com as dificuldades	Promoção da auto-eficácia	Neste ponto é importante destacar os avanços obtidos pelo indivíduo, estimulando a sua auto-eficácia.	“ Vejo aqui que seu consumo de frituras reduziu bastante, isso é ótimo”

QUADRO 3 - CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO

(conclusão)

Etapas	Estratégias	Objetivo	Exemplos
Definição de novas metas	Discussão conjunta sobre as metas viáveis para o sucesso do tratamento	Após a finalização das avaliações, o cliente e nutricionista podem ter um momento para reflexão sobre quão atingíveis são as metas definidas anteriormente pelo cliente, a curto, médio e longo prazo, e com as informações atuais, se necessário, realizar adaptações.	"Seu objetivo inicial era reduzir 10 kg em 2 meses. Considerando os resultados obtidos até aqui, você gostaria de manter esta meta?"

Fonte: baseado em Rollnick, Miller, Butler, 2008

Durante o acompanhamento do cliente é comum momentos de ambivalência quanto a algumas metas, sendo importante o uso de estratégias para estimular o cliente a perceber o benefício da mudança comportamental. No QUADRO 4 são apresentadas algumas estratégias para lidar com esta situação recorrente entre os clientes em tratamento para a obesidade.

QUADRO 4 – ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A AMBIVALÊNCIA

Estratégias	Exemplos
Perguntar sobre prós e contras	Explorar os prós e contras da mudança é particularmente útil quando o indivíduo aparenta insegurança em relação a mudança. Esse momento pode ser iniciado com perguntas como: “O que há de positivo no modo como as coisas estão?” Após ter evocado as percepções do cliente sobre os aspectos positivo de seu comportamento, você pode seguir com uma segunda questão, por exemplo: “E o que há de negativo? “ É importante que as perguntas sejam realizadas sem demonstração de desaprovação ou sarcasmo por parte do terapeuta, permitindo um ambiente sem julgamentos.
Usar hipóteses	“O que seria necessário para você tomar a decisão de _____?” (Reduzir seu consumo de fast-food) “Suponhamos que você decidisse _____, como faria para conseguir?” (Ingerir verduras e legumes no almoço e jantar) “Vamos supor que você continue sem fazer nenhuma mudança quanto a _____, o que você acha que aconteceria em cinco anos?” “Como [esse comportamento] o impediu de avançar em seu tratamento?”
Folha de balanço decisória	A folha de balanço pode ser utilizada para classificar os fatores que determinam as decisões do cliente, e encorajar o indivíduo a considerar a possibilidade de mudança. Contudo, é importante que o profissional não pressuponha que o cliente verá os custos ou benefícios de suas ações da mesma maneira que o nutricionista. (QUADRO 5)

FONTE: Baseado em Rollnick, Miller, Butler, 2008; Miller, Rollnick, 1991

QUADRO 5 - EXEMPLO DE FOLHA DE BALANÇO DECISÓRIA

Continuar a se alimentar como antes		Mudar meus hábitos alimentares	
Benefícios	Custos	Benefícios	Custos
Confortável, conveniente	Estou com dificuldades de mobilidade	Redução de peso	Como lidar com eventos sociais?
Ter prazer em consumir todos os alimentos sem avaliar a qualidade nutricional destes	Tenho vergonha de comprar roupas ou ir em eventos sociais	Redução do risco de desenvolvimento de comorbidades	Terei mais trabalho para pensar em minha alimentação

FONTE: Baseado em Miller, Rollnick, 1991

Um aspecto importante, tanto na primeira consulta quanto nas consultas de seguimento, é o compromisso do nutricionista com a dietoterapia. Assim, embora deva deixar o cliente à vontade para decidir sobre o tratamento, não pode perder o foco das mudanças fundamentais para a preservação de sua saúde. Quando o cliente apresenta muita dificuldade em aceitar a necessidade de mudança como algo que demanda corresponsabilidade entre ele e o nutricionista, é necessário que o nutricionista coloque que sua função é oferecer opções para as mudanças necessárias para uma melhora na saúde dos seus clientes, no entanto, caso cliente não se sinta preparado, talvez deva repensar a sua motivação e, quem sabe, retornar em outro momento. A ideia é deixar claro ao cliente que o papel do profissional é oferecer as opções para a mudança, no entanto, de fato, a mudança depende do cliente.

5.5 EXEMPLO DE DIÁLOGO NO ATENDIMENTO NUTRICIONAL

Cliente: mulher, 47 anos, diagnóstico recente de hipertensão arterial sistêmica. Motivo da consulta: excesso de peso. IMC: 38,32 kg/m².

Nutricionista: Bom dia senhora x, meu nome é y, nutricionista, e farei o acompanhamento da senhora. Conte-me, o que lhe fez procurar um nutricionista?

Cliente: Olha doutora, eu sei que preciso emagrecer, mas, tenho estado meio depressiva. Minha cunhada faleceu recentemente, fui remanejada no trabalho, estou sem chão. Eu sei que não deveria comer tanto, mas se eu não me sentir estufada não me sinto bem.

Nutricionista: Entendi. Tem sido muito difícil para você reduzir o consumo de alguns alimentos em meio a tantas mudanças em sua vida, situações que te deixaram triste.

Cliente: Sim, tem sido muito difícil. Sério. E as pessoas não costumam entender, elas acham que sou preguiçosa, de má vontade.

Nutricionista: Entendi..., mas olhe, você teve muita força para mesmo em meio a tudo isso buscar o atendimento nutricional. Conte-me um pouco, como tem sido sua experiência com dietas?

Cliente: Nossa doutora, já fiz de tudo... Até já fiz *low carb*, já fiz cetogênica... Uma vez até procurei umas sopas na internet... Até emagreci, mas sofri demais, eu ganhei todo o peso novamente depois. É muito difícil para mim fazer dieta sabe, eu não sei se vale a pena me sacrificar tanto...

Nutricionista: Entendi... como você acha que sua vida ficaria se continuasse com seu peso atual?

Cliente: ah não, sem condições... Eu sofro muito para andar, para fazer as atividades da rotina... Fica tudo mais difícil...quando vamos viajar, dificulta um pouco, eu não caibo nos lugares... eu queria estar um pouco mais ativa... na verdade, voltar um pouquinho a minha essência antiga... voltar a gostar da dança.... Mas é difícil mesmo doutora, eu tento, tento e não consigo, daí desanimo.

Nutricionista: Compreendo... E o que acha que mudaria na sua vida se você conseguisse reduzir seu peso?

Cliente: Nossa senhora, eu ia conseguir voltar a dançar... Quando eu era mocinha eu dançava jazz, e isso controlava meu peso ... Eu era muito feliz naquela época... Eu ia até andar melhor...eu queria estar um pouco mais ativa... na verdade, voltar um pouquinho a minha essência antiga... voltar a gostar da dança, gostar de sair de casa... Não ter vergonha. Se eu emagrecer posso até voltar para a dança...

Nutricionista: Hm... Tudo bem... Deixa eu ver se entendi sua história. Você já tentou diversas dietas, se esforçou muito e teve sucesso em algumas, mas esse sucesso não durou muito tempo. Parece que durante sua vida o que lhe ajudou muito a manter seu peso saudável foi a dança, e é algo que inclusive motiva você a reduzir peso agora, em meio a tantas dificuldades. É isso mesmo?

Cliente: é isso mesmo, doutora.

Nutricionista: Que bom que entendi... Podemos olhar juntas seu registro alimentar para pensarmos em algo para mudar seu estilo atual de vida?

Cliente: claro... Você vai ver que não menti lá, anotei tudinho... Tem várias coisas que como que são ruins lá... Que engordam...

Nutricionista: Ah é (risos)... E quais refeições aqui você acha que poderíamos melhorar?

Cliente: Olha... Aqui no café da manhã, acho que uso muito doce de leite, e uso todo dia uma quantidade bem grande... Acho que podemos reduzir... No almoço, acho que reduzir as frituras né... Não gasto essa energia... Aumentar verduras e frutas.... Acho que isso já ajudaria muito né.

Nutricionista: Gostei das sugestões, achei ótimo. Gostaria de fazer mais alguma coisa?

Cliente: Todo dia pego dois ônibus para não ter que andar umas quadras a mais... Posso começar a andar essas quadras... Ainda vou gastar menos passagem... Posso até usar o dinheiro para comprar umas coisinhas da dieta.

Nutricionista: Adorei sua ideia, foi super bem. Que tal nós listarmos algumas metas?... Nos vemos então em 30 dias, tudo bem?

Cliente: Claro... Você vai ver... Vou fazer mais mudanças ainda, vou voltar com boas novidades.

5.6 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Foi desenvolvido um protocolo de atendimento nutricional direcionado pela Entrevista Motivacional, com base no embasamento teórico da técnica, bem como recentes pesquisas, para que todos os fundamentos e princípios da técnica fossem considerados ao adaptar para realidade do atendimento nutricional. Pretende-se com esta sugestão contribuir para atendimentos nutricionais deste público, de maneira humanizada, centralizando o indivíduo em seu tratamento, e promovendo a auto-eficácia.

5.7 REFERÊNCIAS

ARKOWITZ H. et al. **Entrevista Motivacional: no Tratamento de Problemas Psicológicos**. São Paulo: Roca, 2011.

BORGES, S.A.C.; PORTO, P.N. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.101, p.338-346. 2014.

BUENO, J.M. et al. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. **Revista de Nutrição**. v..24 n.4, 2011

BUSNELLO, F.M. et al. Intervenção Nutricional e o Impacto na Adesão ao Tratamento em Pacientes com Síndrome Metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.97, n.3, p.217-224. 2011.

COSTA, B. M. F. et al. Estudo prospectivo do impacto da intervenção nutricional educativa em uma empresa privada no Brasil. **Com. Ciências Saúde**, v.19, n.3, p.233-241. 2008.

DEMETRIO, F. et al. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 24, n. 5, p. 743-763, Oct. 2011.

DILILLO, V; SIEGFRIED, N. J.; WEST, D. S. Incorporating Motivational Interviewing into behavioral obesity treatment. **Cognitive and Behavioral Practice**, v. 10, 120-130. 2003.

ESTRELA, K.C.A. et al. Adesão às orientações nutricionais: uma revisão de literatura. **Demetra**. 12(1); 249-274. 2017

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

INELMEN E. M. et al. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. **International Journal of Obesity**, v.29, n.1, p.122-128. 2005.

KUSHNER, R. F. Weight Loss Strategies for Treatment of Obesity. **Prog Cardiovasc Dis**, v.56, n.4, p.465-72. 2014.

MILLER, W.R. Motivational interviewing with problem drinkers. **Behavioural Psychotherapy**, v. 11, p. 147-172, 1983.

MILLER W.R., ROLLNICK S. Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior. **The Guilford Press**. 1991

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior. **Journal of Community & Applied Social Psychology**, v. 2, n. 4, p. 227 – 302, 1992.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para mudança de comportamento adictivos**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. Motivational interviewing: helping people change. **New York: Guilford Press**, ed. 3, 2012.

MIRKARIMI, K. et al. Effect of Motivational Interviewing on Weight Efficacy Lifestyle among Women with Overweight and Obesity: A Randomized Controlled Trial. **Iran J Med Sci.**, v.42, n.2, p.187-193. 2017.

MOLINER J, RABUSKE MM. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. **Psicol Teor Prat**, v.10, n.2, p.44-60.2008.

NELMEN, E. M. et al. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. **International Journal of Obesity**, v.29, n.1, p.122-128. 2005.

OLIVEIRA, A.P.S.V.; SILVA, M.M. Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 6, n. 1, , p. 74-82. jan. /jun. 2014.

ROLLNICK S., MILLER W.R., BUTLER C.C. **Entrevista Motivacional: no cuidado da saúde**. São Paulo: Artmed, 2008. 221 p.

SANTOS, P. Entrevista motivacional na prevenção e tratamento da obesidade. Observatório Nacional da Obesidade e do Controlo do Peso. **Endocrinologia, Diabetes & Obesidade**, v. 3, n. 3, 2009.

SOELIMAN, F. A.; AZADBAKHT, L. Weight loss maintenance: A review on dietary related strategies. **J Res Med Sci**, v.19, n.3, p.268-275.2014.

SOUSA, A.E.C.; NUNES, R.M. Avaliação da adesão terapêutica nutricional e sua relação com os modelos de mudança do comportamento alimentar. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 40, n. 3, p. 221-229. 2014.

SOUZA, F.P. et al. Características do treinamento em Entrevista Motivacional. **Aletheia [online]**, n.38-39, pp. 186-195, 2012.

VIANA, L. V. et al. Fatores determinantes de perda de peso em adultos submetidos a intervenções dietoterápicas. **Arq.Bras. Endocrinol. Metab.**, v.57, n.9, p.717-721. 2013.

VIEIRA, P. N. et al . Sucesso na manutenção do peso perdido em Portugal e nos Estados Unidos: comparação de 2 Registos Nacionais de Controlo do Peso. *Rev. Port. Sau. Pub.*, Lisboa , v. 30, n. 2, p. 115-124, jul. 2012.

VIVAS, E.A. et al. Variables predictoras de baja adherencia para el tratamiento del exceso de peso em atención primaria. **Nutr Hosp.** 28(5):1530-5. 2013.

6 CAPÍTULO 5 – INFLUÊNCIA DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL, APLICADA AO ATENDIMENTO NUTRICIONAL, EM PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS E CONSUMO ALIMENTAR DE MULHERES COM OBESIDADE

RESUMO

INTRODUÇÃO: a obesidade é uma pandemia global, resultando em diversas doenças crônicas não transmissíveis, e comprometendo a qualidade de vida dos indivíduos. No que diz respeito à adesão às dietas, já é conhecida ser baixa neste público, que apresenta dificuldade na mudança do comportamento alimentar e manutenção da redução de peso. Pode-se justificar esta situação pelo fato da alimentação ser um aspecto complexo, envolvendo mais do que apenas a escolha de nutrientes e calorias, fator este ignorado por diversas prescrições dietéticas, que são focadas meramente na restrição calórica. Considerando estes aspectos, há a necessidade de verificar o impacto de estratégias complementares à dietoterapia, que coloquem o cliente como centro do tratamento e autor das sugestões de melhorias alimentares, como a Entrevista Motivacional (EM). **MÉTODOS:** trata-se de um ensaio clínico cego, realizado em hospital escola na região de Curitiba, Paraná, com 39 mulheres com diagnóstico de obesidade graus I e II. Essas foram divididas, randomicamente, em grupo controle (orientação com o modelo do prato) e intervenção (orientação baseada na entrevista motivacional e com o modelo prato), e tiveram atendimento nutricional realizado durante três meses, com uma consulta ao mês. **RESULTADOS:** No grupo controle, houve atendimento similar ao realizado rotineiramente no hospital escola em que a pesquisa foi realizada, no grupo intervenção, o atendimento nutricional foi direcionado pela EM. Foram analisados parâmetros antropométricos, por meio da avaliação de peso, altura, circunferência abdominal e de pescoço; Consumo alimentar por meio do registro alimentar de três dias; nível de segurança alimentar, EBIA, postura do indivíduo quanto ao balanço energético, SIEBAS, nível de disfunção psicossocial, OP, e nível de atividade física por meio do IPAQ. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No grupo EM, houve redução em CP e CA. Por outro lado, no grupo controle, houve redução no consumo energético, além de redução de peso. Em ambos os casos, a redução nos parâmetros antropométricos foram mínimas, não permitindo

uma mudança no risco metabólica das clientes. CONCLUSÃO: Orientação qualitativa, independente da abordagem via EM, não foi suficiente para promover resultados clinicamente relevantes nas mulheres com obesidade neste trabalho. Mais estudos são necessárias unindo o atendimento nutricional à técnica EM para verificar o seu impacto no tratamento da obesidade.

Palavras chave: mulheres, sobrepeso, obesidade, entrevista motivacional, redução de peso

6.1 INTRODUÇÃO

O excesso de peso é um problema global, tendo seus níveis aumentado anualmente (WHO, 2017). Entre as mulheres os dados são ainda mais alarmantes, já que de acordo com dados da *World Health Organization* (WHO, 2016), nas últimas quatro décadas a prevalência de excesso de peso e obesidade aumentou mais entre as mulheres que entre os homens. Quanto ao diagnóstico de obesidade, ainda de acordo com WHO (2016) 15% das mulheres no mundo apresentavam diagnóstico de obesidade, sendo uma porcentagem maior que a verificada entre os homens.

Contudo, diversos estudos expõe a baixa adesão de indivíduos com excesso de peso ao tratamento (BUENO, et al., 2011; VIVAS et al., 2013; GUIMARÃES et al., 2010; ESTRELA et al., 2017; INELMEN et al., 2005), em especial no que diz respeito a dietoterapia. Dentre os aspectos que podem justificar a baixa adesão destaca-se a abordagem do profissional, relação cliente-profissional. Atualmente, a abordagem do doente tem sido focada em protocolos em que o profissional de saúde se coloca em uma posição superior ao cliente, conduzindo o aconselhamento de forma unilateral e baseado em protocolos clínicos com metas pré-definidas (OLIVEIRA, 2012; DEMETRIO et al., 2011). Com isso, muitas vezes, há pouca atenção à fala do cliente (OLIVEIRA, 2012), gerando uma orientação que não se enquadra na realidade do indivíduo (GUIMARÃES et al., 2010; OLIVEIRA, 2012). Além disso, a atual abordagem pode comprometer a relação profissional-cliente e já é conhecido que uma melhor relação profissional-cliente não tem somente efeitos positivos na satisfação dos

usuários e na qualidade dos serviços de saúde, mas exerce também uma influência direta sobre o estado de saúde dos pacientes (CAPRARA, RODRIGUES, 2004).

Destaca-se com isso a necessidade de intervenções que possam ir de encontro as necessidades e demandas dos indivíduos (OLIVEIRA, SILVA, 2014), além de uma abordagem que os trate com maior sensibilidade, permitindo maior densidade comunicacional, e que considere o sofrimento do indivíduo portador da enfermidade (DEMETRIO et al., 2011)

Considerando o exposto, traz-se à tona a necessidade de divulgar intervenções alternativas de aconselhamento nutricional, buscando assim resultados mais satisfatórios para redução do peso e que possam ser reproduzidas em significativa parcela da população (PAGOTA, 2013). Nesta linha de pensamento, surge o conceito da Entrevista Motivacional (EM) que é uma abordagem psicológica desenvolvida por Miller e Rollnick (1992) que coloca a ênfase na responsabilidade individual e atribuição interna de mudança (MILLER, 1983), visando centrar a terapia no indivíduo, estimulando-o a verbalizar suas próprias motivações para mudança e fortalecendo-as (MILLER, ROSE, 2009). Por basear-se na motivação intrínseca do indivíduo, a EM atua como ferramenta para ajudar o paciente a se sentir envolvido, e no controle de sua saúde e autocuidado (SOUZA, 2012).

Tendo em vista estes aspectos, no presente estudo, realizou-se o atendimento nutricional de mulheres com obesidade, utilizando-se da abordagem nutricional por meio da técnica da Entrevista Motivacional, em um hospital público brasileiro, visando verificar a influência da técnica, associada ao atendimento nutricional, em parâmetros antropométricos e de consumo alimentar destas mulheres.

6.2 MÉTODOS

Trata-se de um Ensaio Clínico Cego, realizado em hospital e clínica escola públicos na região de Curitiba, Paraná, tendo sido aprovado em comitê de ética sob o número 62117016.8.0000.0096. Foram selecionadas mulheres com idade entre 18 e 61 anos, todas as raças, com IMC entre 30 e 40 kg/m². Foram excluídas gestantes, nutrízes,

indivíduos sem condições de ler e interpretar prescrição dietética ou preencher registro alimentar, indivíduos em uso de medicações para redução de peso, tricíclicos, antipsicóticos, corticoides, lítio, diagnóstico prévio diabetes, doenças psiquiátricas descontroladas, doenças psiquiátricas maiores, ansiedade generalizada, depressão maior, doenças tireoidianas descontroladas. Foi visado um tamanho amostral de 0,95, contudo, após o período de seleção de pacientes e desistências, o poder da amostra no presente trabalho foi de 0,85. A avaliação dos dados foi realizada no software SPSS® versão 20 para Windows.

6.2.1 Seleção dos participantes

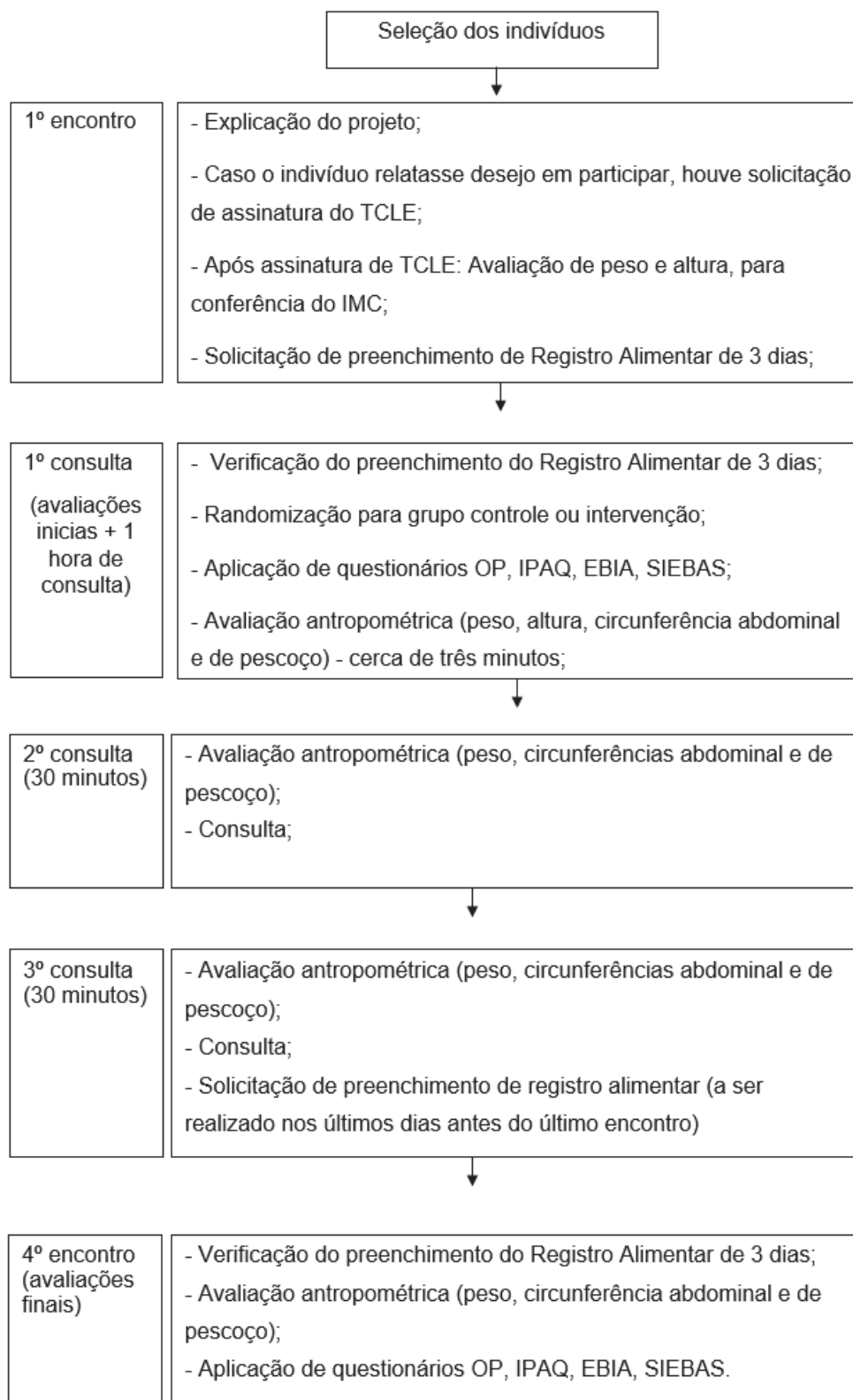
As participantes selecionadas eram mulheres atendidas pela equipe de médicos e professores da Universidade Federal do Paraná, tanto nos ambulatórios do Hospital de Clínicas, que atende usuários do SUS do Estado do Paraná, quanto no ambulatório que atende os servidores técnicos, professores e acadêmicos da mesma instituição de ensino. O recrutamento ocorreu por encaminhamento dos médicos no momento das consultas rotineiras ou por meio de convite por telefonema, a partir da seleção de prontuários.

Os indivíduos selecionados passaram por um processo de triagem por telefone ou e-mail, sendo questionados para verificação do cumprimento de critérios de inclusão e exclusão. Ao serem selecionados nesta etapa, foram convidados a participar de um encontro para conhecerem a pesquisa, e caso concordassem e assinassem o TCLE, foi realizada aferição de peso e estatura, para verificação do cumprimento de critério IMC.

Após seleção dos indivíduos que se enquadrassem na pesquisa, foi realizada uma randomização em blocos de 5, sendo os primeiros 5 indivíduos direcionados ao grupo intervenção (EM), e os 5 posteriores ao grupo controle. Os indivíduos não foram informados a qual grupo pertenciam até o final do estudo. Ao todo foram 90 dias de intervenção ou acompanhamento do grupo controle, sendo compostas por um encontro inicial, citado anteriormente, três consultas, e um encontro final, para avaliações finais. As consultas foram agendadas a cada 4 ou 5 semanas, de acordo

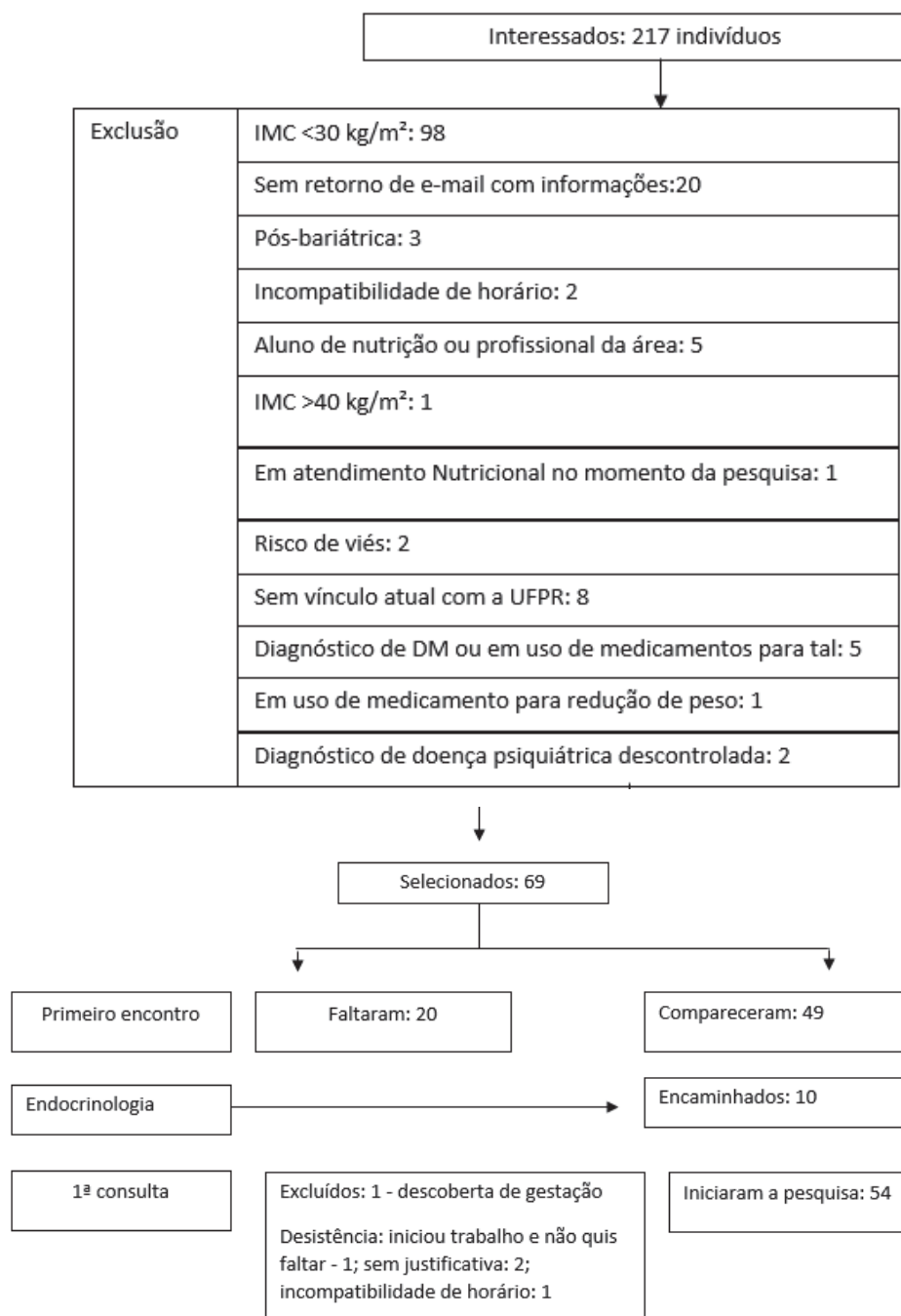
com disponibilidade do cliente. As etapas de seleção até finalização do acompanhamento podem ser verificadas no FLUXOGRAMA 1.

FLUXOGRAMA 1 – SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES



Foram selecionados 17 indivíduos do ambulatório de endocrinologia, após contato telefônico, 10 indivíduos expressaram desejo de participar da pesquisa. Quanto à Unidade Escola, houve captação por encaminhamento da Unidade ou expressão de desejo de participar da pesquisa após divulgação em mídias sociais. O processo de seleção pela Unidade Escola pode ser verificado no fluxograma 2.

FLUXOGRAMA 2 – PROCESSO DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES – UNIDADE ESCOLA



6.2.2 Avaliação do consumo alimentar

Após seleção dos indivíduos participantes da pesquisa foi solicitado preenchimento de registro alimentar de três dias (THOMPSON, BYERS, 1994), sendo escolhidos três dias aleatórios durante a semana para preenchimento, afim de permitir igual representatividade de todos os dias na semana para análise. Para preenchimento do registro alimentar, os indivíduos foram orientados pela equipe com o auxílio de um Manual Fotográfico (UNICAMP, 2014) e talheres (colher de servir, colher de sopa, colher de sobremesa, colher de chá e colher de café), e levaram fotos dos tamanhos de talheres e alguns copos para auxílio no preenchimento do registro alimentar em casa. Após orientação do preenchimento do registro alimentar foi realizado agendamento da primeira consulta. Na primeira consulta, foi verificado correto preenchimento do registro alimentar com o auxílio do Manual Fotográfico (UNICAMP, 2014) e talheres para auxílio da mensuração das porções consumidas.

Para análise na composição nutricional da dieta habitual das participantes, todas as anotações dos registros de alimentos consumidos em medidas caseiras foram convertidas em gramas ou MI (BRASIL, 2011a). Quando a porção não foi localizado na tabela priorizada, foi feito uso do Manual de Críticas de inquéritos Alimentares (FISBERG, MARCHIONI, COLUCCI, 2009). Para determinar a quantidade de nutrientes consumidos nos três dias de cada registro, os dados foram digitados no software Brasil Nutri®, sendo utilizada a Tabela de Composição Nutricional dos Alimentos Consumidos no Brasil (BRASIL, 2011a) como base. Para os alimentos que não foram contemplados na referida tabela, foram utilizadas as informações contidas no rótulo. A digitação foi padronizada e os digitadores foram treinados. Ainda, para minimizar os erros de digitação, a cada 5 registros digitados foi realizada nova padronização de porções e a digitação de um mesmo registro por dois avaliadores diferentes.

6.2.3 Avaliação da adequação do consumo alimentar

Para verificação da adequação do consumo alimentar dos indivíduos, foi feito uso do AMDR – *Acceptable Macronutrient Distribution Ranges*, que permite a avaliação do número de indivíduos com consumo normal, acima, ou abaixo do recomendado para determinados nutrientes (IOM, 2006). Para avaliação da adequação do consumo energético foi inicialmente feito o cálculo da taxa metabólica de repouso do indivíduo (TMR) e posteriormente multiplicado pelo fator de atividade física.

O cálculo da TMR foi feito com bases em Mifflin (1990). A equação de Mifflin é diferenciada por gênero, sendo exposta abaixo a equação destinada a mulheres:

$TMR = 9,99 \times \text{peso (kg)} + 6,25 \times \text{altura (cm)} - 4,92 \times \text{idade} - 161$, sendo TMR taxa metabólica de repouso.

Para fator de atividade física foram utilizadas as classificações com base no IPAQ, e fatores de atividade física baseadas nas DRI's (IOM, 2006), sendo então utilizadas as medianas dos valores sugeridos pelas DRI's, resultando em 1,2 para indivíduos sedentários, 1,5 insuficientemente ativos, 1,75 ativos e 2,2 muito ativos.

6.2.4 Aplicação de questionários

Os questionários foram aplicados na primeira consulta, após verificação do correto preenchimento do registro alimentar. Foram entregues aos indivíduos os questionários SIEBAS (CDC, 2007). (*Survey Instrument for Energy Balance Audience Segmentation*), *Obesity-Related Problem* (OP) (KARLSSON et al., 2003), Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) (MATSUDO et al., 2001), e EBIA (Escala Brasileira de Insegurança Alimentar) (BRASIL, 2010), sendo realizada orientação de que em caso de dúvidas poderiam solicitar auxílio para o preenchimento. Para os indivíduos com dificuldade de visão ou escrita foi realizada a leitura das questões e respostas, sendo realizado o preenchimento pelo profissional que aplicou o questionário, podendo ser o Nutricionista ou alunos de Iniciação

científica/Voluntariado acadêmico. Todos os questionários passaram por dupla classificação e tabulação.

6.2.5 Informações gerais

Após aplicação dos questionários, ainda na primeira consulta, foram realizadas questões abrangendo data de nascimento do indivíduo, nível de escolaridade, profissão, renda familiar, número de moradores na casa, diagnóstico prévio, e medicamentos que fazia uso no período da consulta.

6.2.6 Avaliação antropométrica

Após responder as questões foi realizada pesagem em balança calibrada, marca Seca®, modelo 22089, sendo tomadas precauções quanto à postura e vestimentas do indivíduo (MARTIN et al., 2008; PETROSKI, 2011). A aferição de altura foi realizada com estadiômetro marca Tonelli & Gomes, sendo também tomadas precauções quanto a posição e postura do indivíduo (VANNUCCHI, UNAMUNO, MARCHINI, 1996; MARTIN et al., 2008; PETROSKI, 2011). Após a obtenção dos dados de altura e peso, foi realizado cálculo do IMC do cliente (WHO, 2000). A aferição de circunferência de cintura foi realizada no ponto médio entre a borda inferior da última costela e o osso do quadril (crista ilíaca) (WHO, 2000; SBD, 2017).

Sendo tomados os cuidados necessários, conforme previamente descrito (BRASIL, 2011b). Para tal avaliação foi considerado risco cardiovascular aumentado quando ≥ 80 cm e risco substancialmente aumentado quando ≥ 88 cm (WHO, 2000). Ainda, considerando que a quantidade de tecido adiposo visceral acumulada na região abdominal apresenta relação direta com o grau de resistência à insulina (POULIOT et al., 1994), foi realizada avaliação de cintura-altura, apontando risco cardiovascular e obesidade abdominal quando o valor resultante era maior que 0,5 (BROWNING, HSIEH, ASHWELL, 2010). Além destas aferições, foi realizada aferição da circunferência do pescoço, devido à sua associação com resistência à insulina e

excesso de peso (BEN-NOUN, SOHAR, LAOR, 2001; FERRETI et al., 2015) fatores de risco cardiovascular e componentes da síndrome metabólica (BEN-NOUN, 2006) espessura das camadas íntima e média da artéria carótida (BAENA et al., 2016) e resistência à insulina em si (DA SILVA et al., 2014; STABE et al., 2013). A aferição da circunferência do pescoço foi realizada no ponto médio da altura do pescoço, estando os indivíduos em pé e eretos, com a cabeça posicionada no plano horizontal de Frankfurt, considerando que um $\geq 36,5$ tem sido associado a IMC ≥ 30 kg/m² (BEN-NOUN, SOHAR, LAOR, 2001).

As avaliações de circunferências foram realizadas com fita métrica inelástica. Todas as avaliações foram realizadas por um único avaliador, nutricionista. Após as avaliações, a consulta foi iniciada, sendo a partir de então diferenciadas de acordo com o grupo ao qual o indivíduo foi randomizado.

6.2.7 Avaliação bioquímica

Para uma sub amostra, foi solicitada coleta de sangue para avaliação dos seguintes exames laboratoriais: hemoglobina glicada, glicemia de jejum, colesterol total, LDL, HDL e TG. Tais análises deveriam então ser realizadas no início e final da intervenção.

6.2.8 Prescrição dietética

Todos os participantes, grupo controle e EM, tiveram como base a mesma prescrição dietética, focada em priorização do consumo de alimentos in natura, limitada ingestão de alimentos processados e redução do consumo de alimentos ultraprocessados, orientações baseadas no Guia Alimentar para a População Brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014), e modelo do prato saudável (CAMELON et al., 1998).

6.2.9 Grupo controle

As participantes do grupo controle tiveram o mesmo número e duração de consultas que o grupo EM. O que diferenciou o atendimento foi a técnica utilizada para direcionamento da consulta. Para o grupo controle, o atendimento foi realizado no mesmo modelo de atendimento nutricional do Hospital De Clínicas da UFPR. Após verificação do consumo atual do cliente, o nutricionista elaborou um plano alimentar baseado no modelo do prato saudável.

6.2.10 Grupo intervenção – EM

A consulta foi guiada pelos pressupostos de Miller, na prática da Entrevista Motivacional a) estabelecer uma relação, b) traçar um objetivo, c) evocar, d) estabelecer um plano de ação (MILLER, ROLLNICK, 2012), sendo desenvolvido nas seguintes etapas.

QUADRO 1 – ETAPAS, ESTRATÉGIAS E OBJETIVOS DA EM NA CONDUÇÃO DO TRATAMENTO DO EXCESSO DE PESO

(continua)

Etapas	Estratégias	Objetivo	Exemplos
Levantamento do histórico do paciente	<p>Uso de perguntas abertas</p>	<p>Permitir que o indivíduo se expresse de maneira livre. Estabelecer uma parceria com o indivíduo e evitar coerção. O objetivo principal desta etapa é perceber quais as dificuldades já enfrentadas pelo indivíduo em tratamentos anteriores e qual a motivação deste para iniciar o acompanhamento nutricional naquele momento. É nesta etapa em especial que profissional deve auxiliar o cliente a perceber quais as razões para realizar as mudanças que deseja.</p>	<p>Perguntas como “qual o motivo da consulta?” e “como posso ajudá-lo?”</p>
Evitar rotular o indivíduo	Evitar rotular o indivíduo	Evitar rotular o indivíduo com diagnósticos (grau de obesidade, presença de patologias).	“Você está com obesidade grau II” “Você é um diabético tipo II”
Reflexões	Reflexões	Ouvir o que o indivíduo está relatando sobre seus sentimentos em relação ao tratamento ou à doença e então, repetir a fala do mesmo durante a conversa;	“Entendi... tem sido bem difícil para você mudar seus hábitos alimentares sem suporte da sua família”
Identificação da ambivalência e desenvolvimento da discrepância	Identificação da ambivalência e desenvolvimento da discrepância	Também neste momento é possível realizar a identificação da ambivalência, ou seja, identificar o que o indivíduo coloca como necessidade de mudança, bem como dificuldades para a mudança. Ponderar com o mesmo sobre o que relata precisar fazer para atingir seu objetivo, e o que aponta como limitações para não realizar tais mudanças. Ainda, este momento costuma ser propício para desenvolver a discrepância do indivíduo, de modo a estimular a motivação do mesmo. Lembrando que a motivação é o resultado da discrepância entre os comportamentos atuais e os valores do cliente.	<p>Você me contou que mudar seus hábitos alimentares tem sido muito difícil, já que não tem suporte da sua família. Por outro lado, você me contou que o excesso de peso tem trazido muitas dores no corpo, gasto com medicações e que isso tem deixado você depressiva, já que gostaria de utilizar este dinheiro para o lazer de sua família. O que acha que poderia fazer para solucionar este problema?”</p>

QUADRO 1 – ETAPAS, ESTRATÉGIAS E OBJETIVOS DA EM NA CONDUÇÃO DO TRATAMENTO DO EXCESSO DE PESO

		(continuação)	
Etapas	Estratégias	Objetivo	Exemplos
	Evitar confronto e argumentação	Evitar criar um ambiente de discussão, em que o terapeuta defenda a mudança e o cliente defenda seus hábitos atuais e razões para permanecer no estado atual.	“Você precisa mudar seu comportamento” “Se você não mudar, vai ter um enfarto”
Promoção da auto eficácia	Refletir falas do indivíduo, destacando pontos que possam promover a auto eficácia	Após ouvir o relato do indivíduo, destacar os pontos positivos que ele trouxe, tendo empatia com a situação e as dificuldades do mesmo.	“Você me contou que já tentou diversas dietas, sem sucesso. Mas, há vários hábitos alimentares positivos que você ainda tem mantido.”
Transição do levantamento do histórico do indivíduo para avaliação do estado nutricional	Resumo	Deve ser feito o resumo da fala do indivíduo desde o início da conversa por parte do nutricionista, fazendo com que ele possa ouvir todo o relato em consulta sendo replicado, permite que este organize seus pensamentos de forma a avançar com a avaliação do estado nutricional e traçar metas para o tratamento. Ocorre aqui o fechamento do período de escuta, para que se possa avançar para avaliação conjunta, profissional -indivíduo, do registro alimentar, com posterior definição de metas.	

QUADRO 1 – ETAPAS, ESTRATÉGIAS E OBJETIVOS DA EM NA CONDUÇÃO DO TRATAMENTO DO EXCESSO DE PESO

			(conclusão)	
Etapas	Estratégias	Objetivo	Exemplos	
Avaliação do estado nutricional	Levantamento de dados antropométricos, bioquímicos, clínicos e dietéticos,	Aplicação de métodos de avaliação antropométrica e de avaliação de consumo alimentar amplamente reconhecidos, bem como avaliação bioquímica se necessário.		
Avaliação cliente-nutricionista dos parâmetros avaliados	Avaliação com um olhar reflexivo conjunto sobre os pontos a serem valorizados para o sucesso do tratamento	Realizar a avaliação do estado nutricional solicitando ao indivíduo que sejam expostos os pontos na alimentação que acredita que o levam a insucesso. Os indivíduos normalmente têm o conhecimento e recursos para identificar os problemas em relação à alimentação e efetuar as mudanças em sua vida quando decidem fazê-lo. Neste momento, é importante que o terapeuta utilize dos conhecimentos que o indivíduo já tem para promover a auto eficácia do cliente.	“Observando seu recordatório 24 horas, o que acredita que possa estar prejudicando sua meta de reduzir peso?” “Achei ótima sua ideia de reduzir frituras ao longo o dia, isso irá auxiliar muito na redução do consumo calórico ao longo do dia”	
Organização das metas	Oferecer orientação Discussão conjunta sobre as metas viáveis para o sucesso do tratamento	Caso o indivíduo não consiga apontar melhorias ao visualizar seu consumo atual, o nutricionista deve então agir como um consultor ou guia, sugerindo possíveis formas de proceder. Contudo, vale ser destacado que na EM o cliente é quem define o que será ou não realizado. Junto com o indivíduo, elaborar metas a curto, médio e longo prazo. De acordo com os apontamentos feitos pelo cliente, o profissional registra em sua prescrição quais serão as metas para melhora do consumo alimentar até a próxima consulta. Aqui, as metas devem ser sugeridas pelo cliente e não devem ser muito drásticas visando não frustrar o cliente que pode falhar em atingir múltiplas metas.	“Posso lhe dar uma sugestão quanto ao seu almoço?”	

Fonte: Baseado em MILLER, 1983; MILLER, ROLLNICK, 1991; MILLER, ROLLNICK, 1992; ARKOWITZ et al, 2011.

QUADRO 2 - CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO

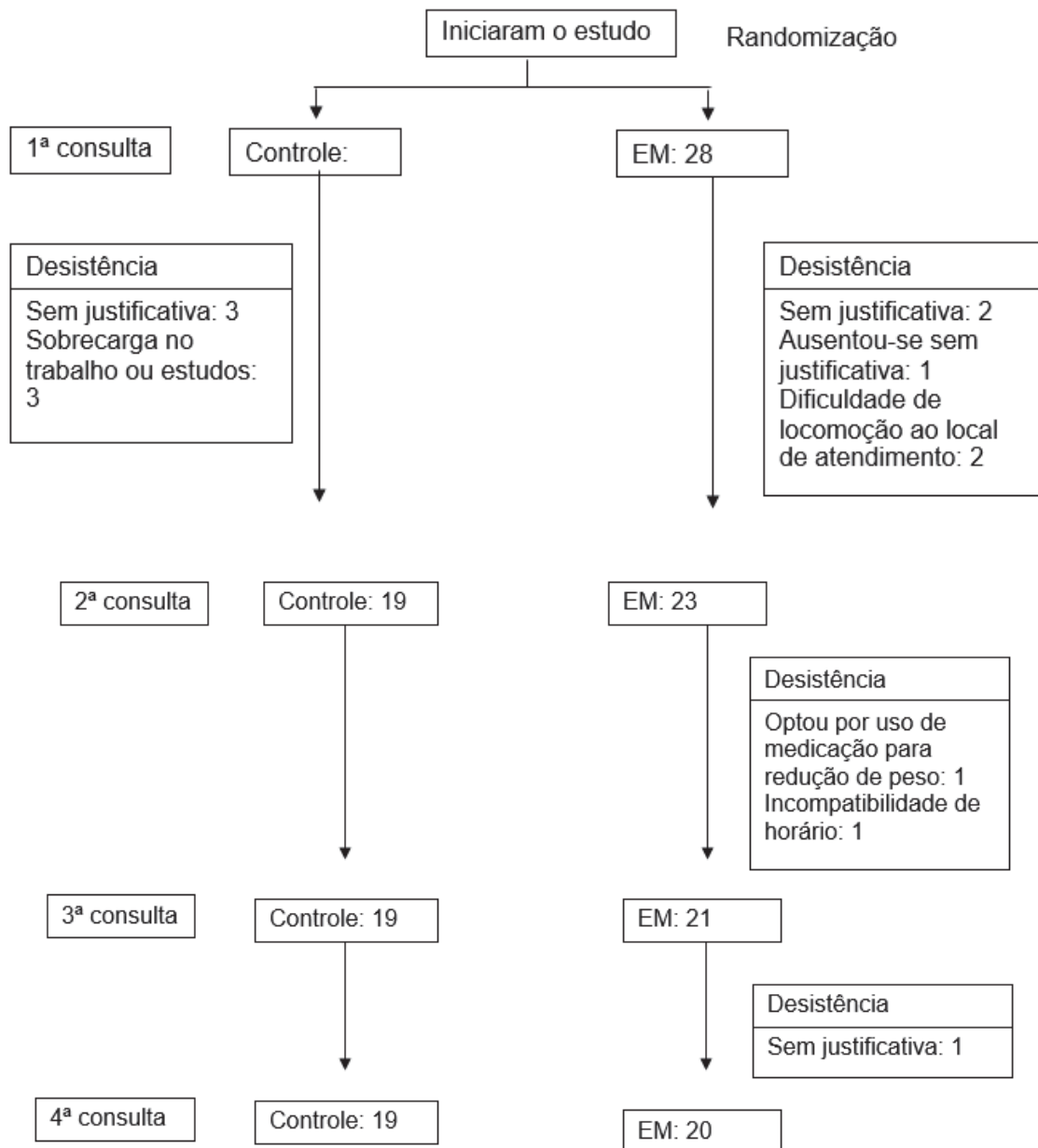
Etapas	Estratégias	Objetivo	Exemplos
Levantamento de informações abordando a adesão ao tratamento	<p>Uso de perguntas abertas</p> <p>Reflexões</p>	<p>Permitir que o indivíduo relate como foi sua experiência com a dieta até então, expressando de maneira livre quais foram suas dificuldades ao longo do período.</p> <p>Comumente, enquanto o cliente relata sua adesão ou não à metas específicas, sua fala pode trazer quais foram as dificuldades que encontrou para realização daquela meta. Este é um momento em que o nutricionista pode fazer uso da reflexão para demonstrar compreensão da dificuldade que o indivíduo relatou.</p>	<p>“Como tem sido sua alimentação desde que nos vimos? “</p> <p>“Quanto à redução de consumo de frituras todos os dias em seu almoço, você não achou possível já que sua família faz questão de comer alimentos fritos nesta refeição”</p>
Avaliação do estado nutricional	Levantamento de dados antropométricos, bioquímicos, clínicos e dietéticos,	<p>A Avaliação de consumo pode ser realizada de diversas formas. Uma delas é a conferência das metas definidas na consulta anterior, para verificar qual foi o grau de adesão do indivíduo aquela sugestão. Outra forma, é a aplicação de métodos clássicos para avaliação de consumo. Antes de fazê-lo, no entanto, o nutricionista pergunta se o cliente gostaria de fazê-lo naquele momento.</p> <p>Ainda, a avaliação antropométrica ou de parâmetros bioquímicos deve ser feita nesta etapa, podendo ser questionado ao cliente se percebe relação destes parâmetros com dieta atual.</p>	<p>“Com relação a [citar meta definida em última consulta], como tem sido?”</p> <p>“Você acredita que o resultado da sua pesagem reflete sua adesão a dieta?”</p>
Ênfase no positivo - empatia com as dificuldades	Promoção da auto-eficácia	<p>Neste ponto é importante destacar os avanços obtidos pelo indivíduo, estimulando a sua auto-eficácia.</p>	<p>“ Vejo aqui que seu consumo de frituras reduziu bastante, isso é ótimo”</p>
Definição de novas metas	Discussão conjunta sobre as metas viáveis para o sucesso do tratamento	<p>Após a finalização das avaliações, o cliente e nutricionista podem ter um momento para reflexão sobre quais metas são as metas definidas anteriormente pelo cliente, a curto, médio e longo prazo, e com as informações atuais, se necessário, realizar adaptações.</p>	<p>“Seu objetivo inicial era reduzir 10 kg em 2 meses. Considerando os resultados obtidos até aqui, você gostaria de manter esta meta?”</p>

Fonte: baseado em ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2008

6.3 RESULTADOS

6.3.1 Seleção dos participantes

FLUXOGRAMA 3 – INICIO DO ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL



Conforme apontado na tabela 1 e 2, não houve diferença entre os grupos quanto aos dados iniciais no que diz respeito ao nível de renda, aspectos antropométricos, de consumo alimentar, e nível de escolaridade. Ainda, a análise de Qui-quadrado de Pearson aplicada à classificação inicial do IMC ($p=0,835$), e questionários IPAQ ($p=0,807$), OP (1,0), EBIA ($p=0,604$), SIEBAS ($p = 0,596$) não apontou diferença entre os grupos.

TABELA 1- DADOS INICIAIS DAS CLIENTES COM OBESIDADE ANTES DA INTERVENÇÃO NUTRICIONAL COM EM

	EM (n=28)	Controle (n=26)	Valor de p
Idade (anos)	45 (21 – 63)	45 (21 – 64)	0,643 ^a
Renda percapta (R\$)	1737,33 (266,67 – 9000,00)	1387,00 (600 – 6500)	0,191 ^a
Peso (kg)	88,52 ±10,25	89,04 ±12,81	0,869
IMC (kg/m ²)	34,33 ±2,62	34,46 ±2,53	0,977
CA (cm)	105,92 ±8,33	106,86 ±8,43	0,681
CP (cm)	36,8 (33 – 46)	37,45 (33,10 – 42)	0,294 ^a
TMR	1525,34 ± 77,59	1525,09 ± 214,20	0,996
GET	2444,97 ±485,54	2386,61 ±488,19	0,662
Ingestão energética			
Calorias	1751,17 ±502,96	1784,14 ±645,90	0,834
Abaixo* (n, %)	24 (85,7%)	21 (80,8%)	0,724 ^b
Acima* (n, %)	4 (14,3%)	5 (19,2%)	
Ingestão proteica			
Proteína ingerida (g)	80,23 ±22,55	80,34 ±30,28	0,987
Proteína ingerida (kcal)	320,93 ±90,21	321,39 ±121,12	
Proteína ingerida (g/kg)	0,934 (0,41 – 2,75)	0,89 (0,16 – 1,52)	0,545 ^a
Abaixo da AMDR (n, %)	7 (25%)	6 (23,1%)	0,869
Dentro da AMDR (n, %)	21 (75%)	20 (76,9%)	
Acima da AMDR (n, %)	0	0	
Carboidrato ingerido			
Carboidrato ingerido (g)	227,82 ±86,44	200,32 ±66,40	0,194
Carboidrato ingerido (kcal)	801,28 ±265,62	911,31 ±345,76	
Carboidrato ingerido (g/kg)	2,29 ±0,8	2,55 ±0,9	0,272
Abaixo da AMDR (n, %)	21 (75%)	16 (61,5%)	0,543
Dentro da AMDR (n, %)	6 (21,4%)	8 (30,8%)	
Acima da AMDR (n, %)	1 (3,6%)	2 (7,7%)	
Lipídios ingeridos			
Lipídios (g)	63,79 (30,51 – 149,58)	68,58 (8,65 – 145,42)	0,822 ^a
Lipídios ingeridos (kcal)	574,14 (274,59 – 1346,18)	617,26 (77,85 – 1308,78)	
Lipídios ingeridos (g/kg)	0,77 ±0,24	0,79 ±0,38	0,788
Abaixo da AMDR (n, %)	6 (21,4%)	10 (38,5%)	0,255
Dentro da AMDR (n, %)	18 (64,3%)	11 (42,3%)	
Acima da AMDR (n, %)	4 (14,3%)	5 (19,2%)	
Fibras (g)	14,26 (1,93 -25,99)	16,33 (6,79 -35,57)	0,275 ^a

CA – Circunferência abdominal; CP – Circunferência do pescoço; TMR – taxa metabólica de repouso; GET – Gasto energético total. *considerando o GET dos indivíduos. Ingestão alimentar baseada no consumo alimentar de 3 dias. Dados expressos em média e desvio padrão, ou quando não paramétricos, mediana e valores mínimos e máximos. Para comparação entre grupos foram utilizados o Teste-t para dados paramétricos, e Mann-Whitney^a para dados não paramétricos. Para dados qualitativos Qui-Quadrado de Pearson ou Teste exato de Fisher^b foi utilizado. Todos os dados consideraram IC 95% e nível de significância de 5%.

TABELA 2- NÍVEL DE ESCOLARIDADE MÁXIMA DAS CLIENTES COM OBESIDADE ANTES DA INTERVENÇÃO NUTRICIONAL COM EM

	EM (n=28)		Controle (n=26)		Valor de p
	n	%	n	%	
Ensino fundamental incompleto	4	14,3	4	15,4	0,702
Ensino fundamental completo	1	3,6	2	7,7	
Ensino médio incompleto	1	3,6	0	0	
Ensino médio completo	3	10,7	4	15,4	
Ensino superior incompleto	5	17,9	6	23,1	
Ensino superior completo	8	28,6	5	19,2	
Pós-graduação incompleta	2	7,1	4	15,4	
Pós-graduação completa	4	14,3	1	3,8	

Teste Qui-quadrado de Pearson, IC 95%.

TABELA 3- DIAGNÓSTICOS MÉDICOS AUTO-RELATADOS

	EM (n=28)		Controle (n=26)	
	n	%	n	%
Hipertensão arterial sistêmica	5	17,86%	5	19,23%
Alteração em níveis de colesterol sérico	1	3,57%	2	7,69%
Fibromialgia	2	7,14%	2	7,69%
Osteoporose	1	3,57%	1	3,85%
Climatério	1	3,57%	0	0
Menopausa	1	3,57%	1	3,85%
Ansiedade	0	0	2	7,69%
Depressão	0	0	1	3,85%
Esteatose hepática	1	3,57%	1	3,85%

Após a intervenção, conforme apontado na tabela 3, houve redução de peso no grupo controle, e redução de circunferência abdominal e de pescoço no grupo EM. Contudo, tal redução de peso, verificada no grupo controle, não foi suficiente para modificar a classificação do IMC das participantes (TABELA 4). No grupo EM, a redução de circunferência abdominal também não foi suficiente para modificar a classificação em risco cardiovascular inicial, avaliada por circunferência abdominal e risco cintura-estatura (dados não apresentados).

TABELA 4- PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS DAS CLIENTES COM OBESIDADE APÓS INTERVENÇÃO NUTRICIONAL COM EM

	EM (n=20)			Controle (n=19)		
	Inicial	Final	Valor de p	Inicial	Final	Valor de p
Peso (kg)	87,58 (10,65)	86,95 (11,77)	0,299	87,72 (13,10)	86,22 (13,23)	0,014*
CA (cm)	104,99 (8,09)	102,71 (8,65)	0,001*	106,73 (7,53)	105,16 (5,76)	0,147
CP (cm)	36,35 (33 – 46)	35,75 (32,40 – 45,60)	0,02 ^a *	37,82 (1,88)	37,63 (2,14)	0,434

CA – Circunferência abdominal; CP – Circunferência do pescoço. * Diferença significativa IC 95%. Test- t para comparação entre grupos para dados paramétricos, e Wilcoxon^a para dados não paramétricos. Os dados são representados por média e desvio padrão, quando paramétricos, e mediana, com valores mínimos e máximos, quando não

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DA CLASSIFICAÇÃO DO IMC DAS CLIENTES COM OBESIDADE APÓS INTERVENÇÃO NUTRICIONAL COM EM

Grupos	Consulta	Sobrepeso	Obesidade grau I	Obesidade Grau II	Valor de p
EM (n=20)	Inicial	0 (0%)	13 (65%)	7 (35%)	0,540
	Final	1 (5%)	11 (55%)	8 (40%)	
Controle (n=19)	Inicial	0 (0%)	11 (57,9%)	8 (42,1%)	0,316
	Final	2 (10,5%)	11 (57,9%)	6 (31,6)%	

Test- t para comparação entre grupos para dados pareados paramétricos. Os dados são representados por média e desvio padrão. IC 95%. Dados iniciais entre grupos p=0,648, final p=0,743

Quanto à avaliação de consumo alimentar, não houve modificação dentre os parâmetros analisados no grupo EM. No grupo controle, foi verificada redução da ingestão energética, carboidratos, proteínas e lipídios (TABELA 6).

TABELA 6- ANÁLISE DOS REGISTROS ALIMENTARES DAS CLIENTES COM OBESIDADE APÓS INTERVENÇÃO NUTRICIONAL COM EM

	(continua)					
	EM (n=20)			Controle (n=19)		
	Antes	Depois	Valor de p	Antes	Depois	Valor de p
Ingestão energética (kcal)	1845,63 ±465,85	1581,47 ±537,66	0,088	1874,68 ±684,14	1125,72 ±530,60	0,000*
Ingestão energética (kcal/kg)	21,07 ±4,51	18,41 ±6,52	0,112	21,66 ±8,53	13,13 ±6,24	0,001*
Abaixo do recomendado*	17 (85%)	19 (95%)	0,606 ^b	15 (78,9%)	18 (94,7%)	0,342 ^b
Acima do recomendado*	3 (15%)	1 (5%)		4 (21,1%)	5,3%)	
Ingestão proteica						
Proteína ingerida (g)	84,46 ±22,72	78,65 ±25,76	0,433	75,13 (19,9 - 137,73)	51,08 (18,97 - 158,5)	0,007 ^a *
Proteína ingerida (kcal)	337,86 ±90,91	314,61 ±103,07	0,433	300,53 (79,60 - 550,92)	204,34 (75,9 - 633,99)	
Proteína ingerida (g/kg)	0,96 ±0,24	0,92 ±0,33	0,568	0,92 ±0,35	0,67 ±0,34	0,01*
Abaixo da AMDR (n, %)	5 (25%)	6 (30%)	0,723	5 (26,3%)	13 (68,4%)	
Dentro da AMDR (n, %)	15 (75%)	14 (70%)		14 (73,7%)	6 (31,6%)	
Acima da AMDR (n, %)	0	0		0	0	

TABELA 6- ANÁLISE DOS REGISTROS ALIMENTARES DAS CLIENTES COM OBESIDADE APÓS INTERVENÇÃO NUTRICIONAL COM EM

	EM (n=20)		Valor de p	(conclusão) Controle (n=19)		
	Antes	Depois		Antes	Depois	Valor de p
Ingestão de carboidrato						
Carboidratos ingeridos (g)	217,15 (108,91 - 332,9)	156,57 (101,61 - 351,8)	0,062 ^a	232,22 ±87,86	137,69 ±63,89	0,001*
Carboidratos ingeridos (kcal)	868,61 (435,63 - 1331,62)	626,28 (406,43 - 1407,21)	0,062 ^a	928,89 ±351,46	550,79 ±255,57	
Abaixo da AMDR (n, %)	15 (75%)	18 (90%)	0,407 ^b	11 (57,9%)	18 (94,7%)	
Dentro da AMDR (n, %)	5 (25%)	2 (10%)		7 (36,8%)	0	
Acima da AMDR (n, %)	0	0		1 (5,3%)	1 (5,3%)	
Ingestão lipídica						
Lipídeos ingeridos (g)	63,79 (39,82 -149,58)	57,19 (12,57 -144,86)	0,296 ^a	70,48 ±30,57	38,45 ±21,65	0,000*
Lipídeos ingeridos (kcal)	574,14 (358,38 - 1346,18)	514,79 (113,12 - 1303,73)	0,296 ^a	634,33 ±275,16	346,12 ±194,88	
Abaixo da AMDR (n, %)	3 (15%)	11 (55%)	1,0	6 (31,6%)	16 (84,2%)	
Dentro da AMDR (n, %)	14 (70%)	7 (35%)		9 (47,4%)	2 (10,5%)	
Acima da AMDR (n, %)	3 (15%)	2 (10%)		4 (21,1%)	1 (5,3%)	
Fibra alimentar (g)	15,56 ±5,64	17,54 ±7,94	0,295	16,26 (9,28- 35,57)	12,65 (4,22 - 31,31)	0,107

* Diferença significativa IC 95%. Dados expressos em média e desvio padrão, ou quando não paramétricos, mediana e valores mínimos e máximos. Para comparação entre grupos, teste-t para dados paramétricos, e Mann-Whitney^a para dados não paramétricos. Para dados qualitativos Qui-Quadrado de Pearson ou Teste exato de Fisher^b.

Os questionários aplicados apresentaram modificações apenas quanto ao SIEBAS no grupo controle, conforme exposto.

TABELA 7 – CLASSIFICAÇÃO DO OP DAS CLIENTES COM OBESIDADE APÓS INTERVENÇÃO NUTRICIONAL COM EM

Grupos	Tempo	Comprometimento			Valor de p
		leve	moderado	grave	
EM (n=20)	Inicial	7	6	7	0,236
	Final	11	2	7	
Controle (n=19)	Inicial	7	2	10	0,211
	Final	13	1	6	

Teste qui-quadrado de Pearson. Não houve diferença quando a distribuição inicial (p=0,286) e final (p=0,066) das classificações entre grupos.

TABELA 8 – CLASSIFICAÇÃO DO IPAQ DAS CLIENTES COM OBESIDADE APÓS INTERVENÇÃO NUTRICIONAL COM EM

Grupos	Tempo	Sedentário	Atividade física leve	Ativo	Muito ativo	Valor de p
EM (n=20)	Inicial	3	7	8	2	0,653
Controle (n=19)	Final	2	6	7	5	0,483
	Inicial	5	5	7	2	
	Final	2	7	10	1	

Teste qui-quadrado de Pearson. Não houve diferença quando a distribuição inicial ($p=0,980$) e final ($p=0,806$) das classificações entre grupos .

TABELA 9 – CLASSIFICAÇÃO DO SIEBAS DAS CLIENTES COM OBESIDADE APÓS INTERVENÇÃO NUTRICIONAL COM EM

Grupos	Tempo	Buscando equilíbrio	Buscando equilíbrio com dificuldade	Ativamente equilibrado	Fora de equilíbrio	Passivamente equilibrado	Valor de p
EM (n=20)	Inicial	10	5	0	0	5	0,112
	Final	9	10	0	0	1	
Controle (n=19)	Inicial	9	2	0	0	8	0,002
	Final	12	8	0	0	0	

Teste exato de Fisher. Não houve diferença quanto a distribuição inicial ($p=0,367$) e final ($p=0,053$) das classificações entre grupos .

TABELA 10 – CLASSIFICAÇÃO DO EBIA DAS CLIENTES COM OBESIDADE APÓS INTERVENÇÃO NUTRICIONAL COM EM

Grupos	Tempo	Segurança alimentar	Insegurança alimentar leve	Insegurança alimentar moderada	Insegurança alimentar grave	Valor de p
EM (n=20)	Inicial	12	6	1	1	0,463
	Final	16	3	0	1	
Controle (n=19)	Inicial	15	3	1	0	0,294
	Final	19	1	0	0	

Teste qui-quadrado de Pearson. Não houve diferença quando a distribuição inicial ($p=0,551$) e final ($p=0,323$) das classificações entre grupos .

Parâmetros bioquímicos foram analisados antes e após intervenção em uma subamostra no grupo EM, não sendo verificadas modificações (TABELA 11).

TABELA 11 – PARÂMETROS BIOQUÍMICOS DAS CLIENTES COM OBESIDADE APÓS INTERVENÇÃO NUTRICIONAL COM EM

	Pré-intervenção		Pós-intervenção		Valor d p
	n	Média (desvio padrão)	n	Média (desvio padrão)	
Insulina basal	6	18,33 (10,49)	4	18,17 (7,13)	0,762
Glicemia em jejum	6	97,00 (11,00)	4	94 (4,32)	0,211
Colesterol total	6	185,5 (14,43)	4	182,5 (28,95)	0,471
LDL	4	111,33 (20,43)	4	108,00 (26,91)	0,502
HDL	6	49,33 (8,59)	5	45,00 (9,87)	0,145
TG	6	124,66 (71,08)	4	163,00 (73,32)	0,788

Test- t para comparação entre grupos para dados pareados paramétricos. Os dados são representados por média e desvio padrão. IC 95%

6.4 DISCUSSÃO

Conforme apontado nos resultados, ainda que tenha havido redução estatisticamente significativa de peso no grupo controle, e no grupo EM redução em circunferência abdominal e circunferência de pescoço, não houve redução clinicamente importante nos parâmetros antropométricos em ambos os grupos de forma a modificar o nível de risco metabólico em que as clientes se encontram. Os resultados obtidos na presente pesquisa foram de encontro aos obtidos em outros estudos que fizeram uso da EM, e realizaram também intervenção com orientações nutricionais qualitativas durante três meses (MAHONEY, 2014; LOW et al, 2013), tendo estes estudos resultado em redução de 3,17 kg (MAHONEY, 2014) e 4,1 kg (LOW et al., 2013).

Com relação aos questionários analisados no grupo EM, não houve diferença entre e intragrupos, antes e após intervenção com EM. No entanto, é possível observar que no grupo EM mais mulheres apresentavam algum grau de insegurança alimentar, sendo 8 mulheres classificadas em algum nível de insegurança alimentar, enquanto no grupo controle 4 mulheres apresentaram tal classificação. Ainda quanto ao EBIA, no grupo EM 4 mulheres finalizaram o estudo classificadas como em algum nível de insegurança alimentar, contra 1 do grupo Controle. Talvez o pequeno número de mulheres analisadas não tenha permitido a observação de uma diferença significativa nesta distribuição, contudo, já é conhecida na literatura a dificuldade de melhoria em parâmetros alimentares em indivíduos em insegurança alimentar, sendo destacável que o risco de sobrepeso e obesidade pode ser potencialmente aumentado

pela insegurança alimentar (ADAMS, GRUMMER-STRAWN, CHAVEZ, 2003; SHARIFF, KHOR, 2005; WILDE, PETERMAN, 2006). Como resultado desta insegurança alimentar, comumente há restrição quantitativa de alimentos, já sendo apontado na literatura que estes indivíduos muitas vezes acabam por optar por alimentos com alta densidade energética (PANIGASSI et al., 2008), o que pode justificar a dificuldade em restrição energética no grupo EM.

Ainda quanto aos questionários analisados, quanto ao OP, em ambos os grupos foi verificada transição da classificação de comprometimento psicossocial moderado para leve em alguns indivíduos. Além deste parâmetro, entre as mulheres do grupo EM, houve transição das classificadas como passivamente equilibrada, para buscando equilíbrio com dificuldade, o que aponta uma percepção da necessidade de modificações alimentares, e o conflito com as ações atuais. Diferente do esperado, as mulheres do grupo controle apresentaram uma melhora significativa neste mesmo parâmetro. No que diz respeito a redução calórica, a presente pesquisa apresentou resultados divergentes de pesquisas com o mesmo tempo de aplicação da técnica, pesquisas estas que apontaram redução calórica na ingestão alimentar pós intervenção com EM (MAHONEY, 2014).

Quanto a prática de atividade física, o resultado encontrado no presente estudo foi oposto ao encontrado na literatura até o presente momento, com aplicação da técnica EM durante três meses (MAHONEY, 2014). Contudo, estudo de Mahoney (2014) que aplicou a técnica durante três meses, resultando em aumento da AF, apresentou periodicidade de consulta diferente do presente estudo, sendo duas por mês, o que pode ter aumentado a adesão do público estudado, além disso, tal estudo não contava com um grupo controle, limitação que pode comprometer a compreensão da eficácia da técnica.

Além destes aspectos já citados, sabe-se que o grande desafio na obesidade é a manutenção do peso reduzido. Estudos que utilizaram a Entrevista Motivacional para promoção da redução de peso com tempo maior que três meses apontaram redução significativa de peso, sendo inclusive maior que no grupo controle (WEST et al., 2007; SAFFARI et al. 2014), além de manutenção do peso reduzido (WEST et al., 2007). Ainda, pesquisas com tempo maior que três meses apontaram também

redução na ingestão energética (MAHONEY, 2014; SAFFARI et al., 2014), ingestão de lipídios, gorduras saturadas, carboidratos (MAHONEY, 2014; SAFFARI et al., 2014), proteínas (MAHONEY, 2014).

Provavelmente, o curto período de segmento das pacientes tenha comprometido a percepção da eficácia da técnica, destacando a necessidade de futuros estudos aplicando EM em mulheres com obesidade no Brasil. Apesar de não terem sido observadas mudanças clinicamente relevantes no presente estudo, parece importante que haja uma contextualização dos resultados dos trabalhos futuros em relação ao nível de segurança alimentar destas mulheres.

LIMITAÇÕES

A coleta de informações de diagnósticos prévios e medicamentos em uso foi feita pelo relato dos pacientes, que podem desconhecer o diagnóstico de suas patologias, ou ter dificuldade para recordar as medicações em uso, mesmo sendo solicitado que trouxessem as receitas e caixas de medicamentos na consulta. A avaliação dos parâmetros antropométricos por pesagem e circunferências pode ter dificultado a avaliação de redução e gordura corporal e quantidade de massa magra.

6.5 REFERÊNCIAS

ADAMS, E.J.; GRUMMER-STRAWN, L.; CHAVEZ, G. Food Insecurity Is Associated with Increased Risk of Obesity in California Women. **J Nutr.** 133(4):1070-74. 2003.

BAENA C.P. et al. Neck circumference is associated with carotid intimalmedia thickness but not with coronary artery calcium: results from The ELSA-Brasil. **Nutr Metab Cardiovasc Dis.** 26(3):216-22. 2016.

BEN-NOUN, L.; SOHAR, E.; LAOR, A. Neck circumference as a simple screening measure for identifying overweight and obese patients. **Obes Res.** 9(8):470-7. 2001.

BEN-NOUN, L.L.; LAOR, A. Relationship between changes in neck circumference and cardiovascular risk factors. **Exp Clin Cardiol.** 11(1):14-20. 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008 – 2009. Tabela de Medidas Referidas para os Alimentos Consumidos no Brasil.** Rio de Janeiro, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN.** Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Nota Técnica DA/SAGI/MDS nº 128/2010: Relatório da Oficina Técnica para análise da Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar.** Brasília: SAGI/DA, 30/08/2010.

BROWNING, L.M.; HSIEH, S.D.; ASHWELL, M. A systematic review of waist-to-height ratio as a screening tool for the prediction of cardiovascular disease and diabetes: 0.5 could be a suitable global boundary value. **Nutr Res Rev.** 23(2):247-69. 2010.

BUENO, J.M. et al. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. **Revista de Nutrição.** v..24 n.4, 2011

CAMELON, K. M. et al. The plate model: a visual method of teaching meal planning. **Journal of the American Dietetic Association,** v. 98, n. 10, p. 1155 - 1158, 1998.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Segmenting Audiences to Promote Energy Balance: Resource Guide for Public Health Professionals**. Atlanta: CDC, 2007.

DA SILVA, C.C. et al. Neck circumference as a new anthropometric indicator for prediction of insulin resistance and components of metabolic syndrome in adolescents: Brazilian Metabolic Syndrome Study. **Rev Paul Pediatr**. 32(2):221-9. 2014.

DEMETRIO, F. et al. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 24, n. 5, p. 743-763, Oct. 2011.

ESTRELA, K.C.A. et al. Adesão às orientações nutricionais: uma revisão de literatura. **Demetra**. 12(1); 249-274. 2017.

FERRETTI, R.L. et al. Elevated neck circumference and associated factors in adolescents. **BMC Public Health**. 15:208. 2015.

FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; COLUCCI, A. C. A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, 2009.

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

INSTITUTE OF MEDICINE - IOM. **Dietary reference intakes; the essential guide to nutrient requirements**. Washington (DC): National Academy Press. 2006.

INELMEN, E.M. et al. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. **International Journal of Obesity**, v.29, n.1, p.122-128. 2005.

KARLSSON, J. et al. Psychosocial functioning in the obese before and after weight reduction: construct validity and responsiveness of the Obesity-related Problems scale. **International Journal of Obesity**, v. 27, n. 5, p. 617-30, May 2003.

LOW K.G. et al. Testing the Effectiveness of Motivational Interviewing as a Weight Reduction Strategy for Obese Cardiac Patients: A Pilot Study. **International Journal of Behavioral Medicine**. v. 20, p. 77–81, 2013.

MAHONEY, D. Lifestyle modification intervention among infertile overweight and obese women with polycystic ovary syndrome. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners** v. 26, p. 301–308, 2014.

MARTIN P. D. et al. Weight loss maintenance following a primary care intervention for low-income minority women. **Obesity**, v. 16, p. 2462–2467, 2008.

MATSUDO, SM. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev Bras Ativ Saude**.10:5-18. 2001.

MIFFLIN, M.D. et al. A new predictive equation for resting energy expenditure in healthy individuals. **The American Journal of Clinical Nutrition**. v. 51, n 2, p. 241-247, 1990.

MILLER, W.R. Motivational interviewing with problem drinkers. **Behavioural Psychotherapy**, v. 11, p. 147-172, 1983.

MILLER W.R., ROLLNICK S. Motivational interviewing: helping people change. **New York: Guilford Press**, ed. 3, 2012.

MILLER, W.R.; ROSE, G.S. Toward a Theory of Motivational Interviewing. **American Psychologist** v. 64, n. 6, p. 527-537, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Alimentar Para a População Brasileira**. 2014.

OLIVEIRA, A. C. **Percepção de mulheres obesas em relação ao aconselhamento nutricional**. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) - Setor de ciências da saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2012.

OLIVEIRA A.P.S.V., SILVA M.M. Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 6, n. 1, , p. 74-82. jan. /jun. 2014.

PAGOTA S.L.; APPELHANS B.M. A call for an end to the diet debates. **JAMA**, v. 310, n. 7, p. 687-688, 2013.

PANIGASSI, G. et al. Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos. **Revista de Nutrição**, Campinas , v. 21, supl. p. 135s-144s, Aug. 2008.

PETROSKI, E. L. **Antropometria técnicas e padronizações**. 5ª edição. SP: Fontoura 2011.

POULIOT, M.C. et al. Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women. **Am J Cardiol**. 73(7):460-8. 1994.

SAFFARI M. et al. Long-Term Effect of Motivational Interviewing on Dietary Intake and Weight Loss in Iranian Obese/Overweight Women. **Health Promotion Perspectives**. 4(2), 206-213. 2014.

SHARIFF, Z.M.; KHOR, J.L. Obesity and household food insecurity: evidence from a sample of rural households in Malaysia. **European Journal of Clinical Nutrition - Nature**. v. 59, p. 1049–58, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

SOUZA, F.P. et al. Características do treinamento em Entrevista Motivacional. **Aletheia [online]**, n.38-39, pp. 186-195, 2012.

STABE, C. et al. Neck circumference as a simple tool for identifying the metabolic syndrome and insulin resistance: results from the Brazilian Metabolic Syndrome Study. **Clin Endocrinol (Oxf)**. 78(6):874-81. 2013.

THOMPSON, F.E., BYERS, T. Dietary Assessment Resource Manual. **Journal of Nutrition**, v. 124, p. 2243-22317. 1994.

UNICAMP. **Manual Fotográfico** - Inquérito de Nutrição no Município de Campinas. 2014.

VANNUCCHI, H.; UNAMUNO, M. R. L.; MARCHINI, J. S. Avaliação do estado nutricional. In: **Simpósio: semiologia especializada**. v. 29, p. 5-18. 1996.

VIVAS, E.A. et al. Variables predictoras de baja adherencia para el tratamiento del exceso de peso em atención primaria. **Nutr Hosp**. 28(5):1530-5. 2013.

WEST, D.S. et al. Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes. **Diabetes care**, v. 30, n. 5, 2007.

WILDE, P.E.; PETERMAN, J.N. Individual Weight Change Is Associated with Household Food Security Status. **Journal of Nutrition**. v. 136, n. 5, p. 1395-1400, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation on obesity**. Geneva: World Health Organization, 2000.

WORLD HEATH ORGANIZATION - WHO. Obesity and overweight. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em 25/08/2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Obesity and overweight**. 2017.

7 CONCLUSÃO FINAL

A análise da literatura, abrangendo a utilização da Entrevista Motivacional em mulheres com excesso de peso, apontou que são ainda insuficientes as pesquisas na área para que possa ser afirmada a eficácia da técnica para redução de peso neste público. Sendo necessárias mais pesquisas na área para elucidar esta questão. Por meio desta, e demais pesquisas, foi possível verificar a ausência na literatura de um protocolo de atendimento nutricional com uso da EM, sendo portanto sugerido no presente estudo uma metodologia para unir a técnica com a prática clínica nutricional, e contextualizar de forma prática seu uso.

A pesquisa realizada em hospital escola, utilizando tal técnica associada a dietoterapia apontou que a orientação qualitativa, independente da abordagem via EM, não foi suficiente para promover resultados clinicamente relevantes nas mulheres com obesidade. Destacando novamente a necessidade de mais pesquisas na área.

REFERENCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA - ABESO. **Mapa obesidade**. 2018. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA - ABESO. **Diretrizes Brasileira de Obesidade**. 4ª Edição, São Paulo. 2016.

ABRANDH. **Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília, 2010.

ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS - AND. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the Treatment of Overweight and Obesity in Adults. **Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics**. v. 116. n. 1. 2016.

ADAMS, E.J.; GRUMMER-STRAWN, L.; CHAVEZ, G. Food Insecurity Is Associated with Increased Risk of Obesity in California Women. **J Nutr**. 133(4):1070-74. 2003.

ALMEIDA, J.C. et. Al. Revisão sistemática de dietas de emagrecimento: papel dos componentes dietéticos. **Arquivo brasileiro de endocrinologia e metabologia**. 53 (5): 673-87. 2009.

AMORIM, D.C.A.; COUTINHO, C.M.; PALMEIRA C. S. Adesão ao tratamento de pessoas com excesso de peso. **Rev enferm UFPE on line**., Recife, 10(Supl. 6):4788-96, dez., 2016.

ARKOWITZ H. et al. **Entrevista Motivacional: no Tratamento de Problemas Psicológicos**. São Paulo: Roca, 2011.

BAHIA, L. et al. The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study. **BioMed Central Public Health**. 12:440. 2012.

BASTOS, E.C.L. et al. Fatores determinantes do ganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD Arq Bras Cir Dig**. 26(Suplemento 1):26-32. 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, DF, 2006.

BRINKWORTH G.D. et al. Long-term effects of a very-low-carbohydrate weight loss diet compared with an isocaloric low-fat diet after 12 mo. **Am J Clin Nutr.** (1):23-32. 2009.

BRUG, J. et al. Training Dietitians in Basic Motivational Interviewing Skills Results in Changes in Their Counseling Style and in Lower Saturated Fat Intakes in Their Patients. **Journal of Nutrition Education and Behavior.** v. 39, n. 1, p. 8-12, 2007.

BUENO, J.M. et al. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. **Revista de Nutrição.** v..24 n.4, 2011

BUSNELLO, F. M. et al. Intervenção Nutricional e o Impacto na Adesão ao Tratamento em Pacientes com Síndrome Metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.97, n.3, p.217-224. 2011.

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – CAISAN. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – 2012/2015.** 2011.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.569-584, 2003.

CHEN, S.M et al. Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies.** v. 49, n. 6, p. 637–644. 2012.

CHRISTOU, N.V; LOOK, D.; MAC LEAN, L.D. Weight gain after short and long limb gastric bypass in patients followed for longer than 10 years. **Ann Surg.** 244; 734-9. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25939. 2006.

DEMETRIO, F. et al. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 24, n. 5, p. 743-763, Oct. 2011.

DEVLIN, M.J.; YANOVSKI, S.Z.; WILSON, G.T. Obesity: what mental health professionals need to know. **The American journal of psychiatry.** V. 157, n. 6, p 854-866. 2000.

DILILLO, V; SIEGFRIED, N. J.; WEST, D. S. Incorporating Motivational Interviewing into behavioral obesity treatment. **Cognitive and Behavioral Practice**, v. 10, 120-130. 2003.

DREVENHORN, E. et al. Consultation training of nurses for cardiovascular prevention: a randomized study of 2 years duration. **Blood Press**, v. 21, n. 5, p. 293– 299, 2012.

ESTRELA, K.C.A. et al. Adesão às orientações nutricionais: uma revisão de literatura. **Demetra**. 12(1); 249-274. 2017.

ERVIN, R.B. Prevalence of Metabolic Syndrome among Adults 20 Years of Age and Over, by Sex, Age, Race and Ethnicity, and Body Mass Index: United States, 2003–2006. **National Center for Health Statistics**. V 13, p. 1-7, 2009.

FERNANDES, L.; BARBOSA, R. A construção social dos corpos periféricos. **Saude soc**. Vol.25 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2016

FUGLESTAD, P.R.; JEFFERY, R.W.; SHERWOOD N. Lifestyle patterns associated with diet, physical activity, body mass index and amount of recent weight loss in a sample of successful weight losers. **Int J Behav Nutr Physical Activity**. 9:79. 2012.

GUIDONI, C.M. et al. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. V. 45, n. 1, 2009.

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

GUSMÃO, J.L.; MION, Jr.D. Adesão ao tratamento: conceitos. **Rev Bras Hipert**. 13(1):23-25. 2006.

GRUNDY, S.M. et al. Definition of metabolic syndrome: report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association Conference on scientific issues related to definition. **Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology**. V. 24, n. 2, p 13-18, 2004.

HARDCASTLE, S. et al. A randomized controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counseling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. **Patient Education and Counseling**, v. 70, n. 1, p. 31 – 39, 2008.

HARDCASTLE, S.J. et al. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity, and cardiovascular disease risk factors: a randomized controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, 2013.

HEYMSFIELD, S.B. et al. Weight management using a meal replacement strategy: Meta and pooling analysis from six studies. **Int J Obes Relat Metab Disord**. 27(5):537-549. 2003.

INELMEN, E.M. et al. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. **International Journal of Obesity**, v.29, n.1, p.122-128. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. **Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JENSEN M.D, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and The Obesity Society. **J Am Coll Cardiol.** 63(25_PA):2985- 3023. 2014.

LOW K.G. et al. Testing the Effectiveness of Motivational Interviewing as a Weight Reduction Strategy for Obese Cardiac Patients: A Pilot Study. **International Journal of Behavioral Medicine.** v. 20, p. 77–81, 2013.

MACHADO, I. C., KIRSTEN, V.R. Adesão ao tratamento nutricional de indivíduos adultos atendidos em uma clínica de Santa Maria – RS. **Disciplinarium Scientia.** Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 12, n. 1, p. 81-91, 2011.

MACHADO, P.P.; OLIVEIRA, N.R. F.; MENDES, A. N. O indigesto Sistema do alimento mercadoria. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.2, p.505-515, 2016.

MAGRO, D.O. et al. Long-term Weight Regain after Gastric Bypass: A 5-year Prospective Study. **Obes Surg.** 18:648–651. 2008.

MAHONEY, D. Lifestyle modification intervention among infertile overweight and obese women with polycystic ovary syndrome. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners** v. 26, p. 301–308, 2014.

MARCHESINI, G. et al. The metabolic syndrome in treatment-seeking obese persons. **Metabolism,** v. 53, n. 4, p 435-440, 2004.

MARTIN C.K. et al. Change in food cravings, food preferences, and appetite during a lowcarbohydrate diet and low-fat diet. **Obesity (Silver Spring).** 19(10): 1963-1970. 2011.

MATTOS, R.S; LUZ, M.T. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. **Physis** v.19 no.2, Rio de Janeiro, 2009

MAZUR, C.E.; NAVARRO, F. Insegurança alimentar e obesidade em adultos: Qual a relação?. **Saúde Santa Maria.** V.. 41, n. 2, Jul./Dez, p.35-44, 2015.

METZNER, C.E. et al. Effect of a conventional energy-restricted modified diet with or without meal replacement on weight loss and cardiometabolic risk profile in overweight women. **Nutr Metab.** 8(1):64. 2011.

MILLER, W.R. Motivational interviewing with problem drinkers. **Behavioural Psychotherapy,** v. 11, p. 147-172, 1983.

MILLER, W.R. Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. **Psychological Bulletin,** v. 98, p 84-107. 1985

MILLER S.T. et al. Preliminary Efficacy of Group Medical Nutrition Therapy and Motivational Interviewing among Obese African American Women with Type 2 Diabetes: A Pilot Study. **J. Obes.** 2014: 1 -7. 2014.

MILLER W.R., ROLLNICK S. Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior. **The Guilford Press.** 1991

MILLER W.R., ROLLNICK S. Motivational interviewing: helping people change. **New York: Guilford Press**, ed. 3, 2012.

MILLER, W.R.; ROSE, G.S. Toward a Theory of Motivational Interviewing. **American Psychologist** v. 64, n. 6, p. 527-537, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Alimentar Para a População Brasileira.** 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VIGITEL Brasil 2016 – Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta prevalência de diabetes e hipertensão.** 2017 a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VIGITEL Brasil 2016 – Saúde suplementar vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** 2017 b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção especializada e hospitalar – Prevenção e diagnóstico.** 2018 a. Acesso em: 26/06/2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/obesidade/prevencao-e-diagnostico> >

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável.** 2018 b. Acesso em: 26/06/2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_promocao_da_saude.php?conteudo=excesso>

MIRKARIMI K. et al. Effect of Motivational Interviewing on a Weight Loss Program Based on the Protection Motivation Theory. **Iran Red Crescent Med J.** 17(6): e23492. 2015.

MONTEIRO, C.A. et al. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. **Obesity Reviews.** (Suppl. 2), 21–28, November 2013.

MORAES, A.L.; ALMEIDA, E.A.; SOUZA, L.B. Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Coletiva**, vol.23, n.2, pp.553-572. 2013.

MULHOLLAND, Y. et al. Very-low-energy diets and morbidity: A systematic review of longer-term evidence. **Br J Nutr.** 108(5):832-851. 2012.

OLIVEIRA, A. C. **Percepção de mulheres obesas em relação ao aconselhamento nutricional.** Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) - Setor de ciências da saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2012.

OLIVEIRA A.P.S.V., SILVA M.M. Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 6, n. 1, , p. 74-82. jan. /jun. 2014.

PAGOTA S.L.; APPELHANS B.M. A call for an end to the diet debates. **JAMA**, v. 310, n. 7, p. 687–688, 2013.

PALMA, A. et al. Conflitos de interesse na “guerra” contra a obesidade: é possível servir a dois senhores?. **Saude e sociedade.** v.23 n.4. São Paulo Oct./Dec. 2014.

PALMEIRA, C.S.; GARRIDO, L.M.M.; RESUMO, P.S. Fatores intervenientes na adesão ao tratamento da obesidade. **Cienc. Enferm.**, Concepción , v. 22, n. 1, p. 11-22, abr. 2016.

PANIGASSI, G. et al. Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos. **Revista de Nutrição**, Campinas , v. 21, supl. p. 135s-144s, Aug. 2008.

PINHEIRO, A.R.O.; CARVALHO, D.B.B. Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. **Saúde e sociedade.** v.17 n.2 São Paulo Apr./June 2008.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE C.C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. **Pshychoterapy: Theory, Research, and Practice**, v 19, p. 276 - 288. 1982.

ROLLNICK, S.; MILLER, W.R.; BUTLER, C.C. **Entrevista Motivacional: no cuidado da saúde.** São Paulo: Artmed, 2008. 221 p.

RUTTEN, L.F. et al. Obesity Prevention and National Food Security: A Food Systems Approach. **IRSN Pub Health.** 2012.

SBCBM – Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. **Técnicas cirúrgicas.** 2017. Disponível em: < <https://www.sbcm.org.br/tecnicas-cirurgicas/>>. Acesso em 27/06/2018

SAFFARI M. et al. Long-Term Effect of Motivational Interviewing on Dietary Intake and Weight Loss in Iranian Obese/Overweight Women. **Health Promotion Perspectives.** 4(2), 206-213. 2014.

SANTOS, P. Entrevista motivacional na prevenção e tratamento da obesidade. Observatório Nacional da Obesidade e do Controlo do Peso. **Endocrinologia, Diabetes & Obesidade**, v. 3, n. 3, 2009.

SARTORI, A.G.O. A influência do marketing aplicado à indústria de alimentos sobre o estado nutricional e o comportamento alimentar no Brasil: uma revisão. Segurança Alimentar e Nutricional. **Campinas**, v. 20, p. 309-319, 2013.

SHAH, M.; SIMHA, V.; GARG, A. Review: Long term impact of bariatric surgery on body weight, comorbidities, and nutritional status. **J. Clin. Endocrinol. Metab.** 91: 4223–4231. 2006.

SHARIFF, Z.M.; KHOR, J.L. Obesity and household food insecurity: evidence from a sample of rural households in Malaysia. **European Journal of Clinical Nutrition - Nature**. v. 59, p. 1049–58, 2005.

SMITH D.E. et al. Motivational Interviewing to Improve Adherence to a Behaviora Weight-Control Program for Older Obese Women With NIDDM A pilot study. **Diabetes Care**. v. 20, p. 52-54. 1997.

SOUZA, F.P. et al. Características do treinamento em Entrevista Motivacional. **Aletheia [online]**, n.38-39, pp. 186-195, 2012.

THOMAS, D.E.; ELLIOTT, E.J.; BAUR, L. Low glycaemic index or low glycaemic load diets for overweight and obesity. **Cochrane Database Systematic Review**. 3: CD005105. 2007.

TSAI, A.G.; WADDEN, T.A. The Evolution of very-low-calorie diets: An update and meta-analysis. **Obesity (Silver Spring)**. 14(8):1283-1293. 2006.

VANNUCHI, R.O. et al. Impacto da intervenção multiprofissional em grupo no perfil nutricional e hábitos de vida de mulheres com sobrepeso e obesidade. **Espaço para a saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**. v. 17, n. 2, 2016.

VIVAS, E.A. et al. Variables predictoras de baja adherencia para el tratamiento del exceso de peso em atención primaria. **Nutr Hosp.** 28(5):1530-5. 2013.

WATTANAKORN, K. et al. Effects of an eating behaviour modification program on thai people with diabetes and obesity: a randomised clinical trial. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research**, v. 17, n. 4, p. 356 - 370, 2013.

WEST, D.S. et al. Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes. **Diabetes care**, v. 30, n. 5, 2007.

WILDE, P.E.; PETERMAN, J.N. Individual Weight Change Is Associated with Household Food Security Status. **Journal of Nutrition**. v. 136, n. 5, p. 1395-1400, 2006.

WILLIAMS L.T. et al. Can a relatively low-intensity intervention by health professionals prevent weight gain in mid-age women? 12-Month outcomes of the 40-Something randomised controlled trial. **Nutrition & Diabetes**. 1 – 8. 2014.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em 25/08/2017.

World Health Organization – WHO. **Obesity and overweight**. 2017.

World Health Organization – WHO. **Global Health Observatory (GHO) data – Overweight and obesity**. 2018.

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Profa. Dra. Regina Maria Vilela, professora da Universidade Federal do Paraná e Mestranda Évellyn Alves Gordiano, do Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição da Universidade Federal do Paraná, Dra. Adriane Maria Rodrigues, endocrinologista responsável pelo atendimento no ambulatório SEMPR, estamos convidando (o Senhor, a Senhora, você, atendido no ambulatório SEMPR - Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Paraná) a participar de um estudo intitulado “Influência da Entrevista Motivacional em parâmetros bioquímicos, antropométricos e consumo alimentar de indivíduos com excesso de peso”. O objetivo desta pesquisa é verificar se a entrevista motivacional aplicada ao atendimento de nutrição ajuda no tratamento, melhorando assim o resultado exames laboratoriais e auxiliando na redução de peso e outras medidas que indiquem melhores resultados se comparado ao atendimento tradicional.

Caso você participe da pesquisa, será necessário autorizar a análise das informações que estão no seu prontuário médico como: nome, sua idade, exames em geral, incluindo exames de sangue. Além disso, serão necessários exames de sangue, aferição de medidas, e preenchimento de questionários com questões de natureza íntima. Os exames de sangue mostrarão se a dieta melhora os níveis de lipídeos na circulação, além do controle da glicemia.

Para tanto você deverá comparecer ao Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Paraná - SEMPR para consulta com nutricionista e aferição de medidas por aproximadamente três meses. Além disso, terá que realizar exames de laboratório durante este período.

Os exames laboratoriais oferecem riscos mínimos uma vez que serão realizados em laboratórios especializados que atendem aos critérios higiênico- sanitários necessários à coleta e análise de amostras de sangue.

É possível que o Sr./Sra. experimente algum desconforto, principalmente relacionado a agulhada durante a coleta de sangue. Além disso, poderá sentir-se desconfortável ao responder os questionários de natureza íntima, podendo então não respondê-los.

Contudo os benefícios esperados são: ajudar nas pesquisas científicas que procuram desenvolver métodos mais eficientes na redução de peso, melhora nos exames de sangue e motivação para melhora na alimentação. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Os pesquisadores Prof. Dra. Regina Maria Vilela, professora da Universidade Federal do Paraná e Mestranda Évellyn Alves Gordiano, do Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição da Universidade Federal do Paraná, Dra. Adriane Maria Rodrigues, endocrinologista responsável pelo atendimento no ambulatório SEMPR, responsáveis por este estudo, podem ser contatados pelo telefone (41) 2141-1731, (41)3360-4010 ou (41)9870-3604, ou encontrados em horário comercial no SEMPR - Serviço de Endocrinologia e Metabologia, na Avenida Agostinho Leão Junior, 285 – Alto da Glória Campus Botânico, da Universidade Federal do Paraná, no endereço Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba - PR, 80210-170, para esclarecer eventuais dúvidas que (o Sr., a Sra. , ou você) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Neste estudo será utilizado um grupo controle e um grupo intervenção. Isto significa que você poderá receber um tratamento convencional (grupo controle) ou tratamento diferenciado (grupo intervenção), e não saberá em que grupo se encontra.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (médico, mestrando, orientador de mestrado, nutricionista residente, nutricionista, acadêmico de nutrição). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa (exames, medicamentos etc.) não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(
Nome e Assinatura do participante da pesquisa ou responsável
legal)

Local e data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

(Nome e Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE)

Local e data

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

**ANEXO 2 - SURVEY INSTRUMENT FOR ENERGY BALANCE AUDIENCE
SEGMENTATION (SIEBAS)**

SI EB AS 1	Você está satisfeito(a) com seu peso.	Discordo muito					Concordo muito				
		1	2	3	4	5					
SI EB AS 2	Você gosta de praticar exercícios regulamente.	Discordo muito					Concordo muito				
		1	2	3	4	5					
SI EB AS 3	Quando você se alimenta ou compra alimentos, sempre procura evitar o sal?	Sim	Não								
		1	0								
SI EB AS 4	Quando você se alimenta ou compra alimentos, sempre tenta evitar alimentos com muita gordura?	Sim	Não								
		1	0								
SI EB AS 5	Quando você se alimenta ou compra alimentos, sempre tenta evitar as gorduras saturadas?	Sim	Não								
		1	0								
SI EB AS 6	Se você realmente quiser, confia que pode emagrecer e manter o seu peso por pelo menos 1 mês?	Nada confiante								Extremament e confiante	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SI EB AS 7	Como você descreveria seu peso?	Muito abaixo do peso	Um pouco abaixo do peso	No peso certo	Um pouco acima do peso	Muito acima do peso					
		1	2	3	4	5					
SI EB AS 8	Você está tentando perder peso no momento?	Sim	Não								
		1	2								
SI EB AS 9	Para perder peso, você está confiante em conseguir comer um pouco menos a cada dia?	Nada confiante								Extremamente confiante	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SI EB AS 10	Você controla sua ingestão diária de calorias para manter ou diminuir o seu peso?	Sim, tenho feito isso por 6 meses ou mais.	Sim, tenho feito isso, mas há menos de 6 meses.	Não, mas pretendo fazer isso nos próximos 30 dias.	Não, mas pretendo fazer isso nos próximos 6 meses.	Não, e não pretendo fazer isso nos próximos 6 meses.					
		1	2	3	4	5					

ANEXO 3 FÓRMULAS PARA CÁLCULO DA CLASSIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SIEBAS-

- (1) *Balance Seekers* = (SIEBAS1 * 2.67) + (SIEBAS2 * 4.372) + (SIEBAS3 * 2.264) + (SIEBAS4 * 4.789) + (SIEBAS5 * 3.563) + (SIEBAS6 * 1.665) + (SIEBAS7 * 11.486) + (SIEBAS8 * 10.872) + (SIEBAS9 * 1.437) + (SIEBAS10 * 1.353) - 60.67
- (2) *Seeking but Struggling* = (SIEBAS1 * 1.986) + (SIEBAS2 * 4.189) + (SIEBAS3 * 2.493) + (SIEBAS4 * 4.404) + (SIEBAS5 * 3.281) + (SIEBAS6 * 1.356) + (SIEBAS7 * 12.14) + (SIEBAS8 * 10.281) + (SIEBAS9 * 0.857) + (SIEBAS10 * 1.738) - 55.309
- (3) *Actively Balanced* = (SIEBAS1 * 3.326) + (SIEBAS2 * 4.002) + (SIEBAS3 * 3.012) + (SIEBAS4 * 4.734) + (SIEBAS5 * 4.233) + (SIEBAS6 * 1.685) + (SIEBAS7 * 10.599) + (SIEBAS8 * 14.143) + (SIEBAS9 * 0.93) + (SIEBAS10 * 2.042) - 63.918
- (4) *Out of Balanced* = (SIEBAS1 * 2.301) + (SIEBAS2 * 2.886) + (SIEBAS3 * 1.309) + (SIEBAS4 * 2.35) + (SIEBAS5 * 1.294) + (SIEBAS6 * 1.054) + (SIEBAS7 * 12.287) + (SIEBAS8 * 12.096) + (SIEBAS9 * 1.146) + (SIEBAS10 * 1.991) - 52.89
- (5) *Passively Balanced* = (SIEBAS1 * 3.16) + (SIEBAS2 * 3.653) + (SIEBAS3 * 0.18) + (SIEBAS4 * 1.196) + (SIEBAS5 * 1.114) + (SIEBAS6 * 1.614) + (SIEBAS7 * 10.681) + (SIEBAS8 * 13.936) + (SIEBAS9 * 1.147) + (SIEBAS10 * 2.243) - 58.363

ANEXO 4 - OBESITY-RELATED PROBLEM SCALE (OP)

Como você se sente em relação ao seu peso ou a forma de seu corpo nas seguintes situações?

Leia cada afirmativa e marque com um **X** aquela que melhor se aplica a você.

		Me incomoda muito	Me incomoda mais ou menos	Me incomoda um pouco	Não me incomoda
OP1	Receber amigos em casa.	1	2	3	4
OP2	Visitar a casa de parentes ou amigos.	1	2	3	4
OP3	Ir a restaurantes.	1	2	3	4
OP4	Fazer atividades na comunidade (cursos, etc.).	1	2	3	4
OP5	Passar férias fora de casa.	1	2	3	4
OP6	Experimentar e comprar roupas.	1	2	3	4
OP7		1	2	3	4

	Banhar-se em locais públicos (praia, piscina, etc.).				
OP8	Relações íntimas (beijo, sexo, etc.).	1	2	3	4

ANEXO 5 - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ)

I.

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

- FORMA CURTA -

Nome: _____
 Data: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: F () M ()
 Você trabalha de forma remunerada: () Sim () Não
 Quantas horas você trabalha por dia: _____
 Quantos anos completos você estudou: _____
 De forma geral sua saúde está:
 () Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim

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:

3a. Em quantos dias de uma semana normal você caminha 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

3b. Nos dias em que você caminha por **pelo menos 10 minutos contínuos** quanto tempo no total você gasta caminhando **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

4a. Estas últimas perguntas são em relação ao tempo que você gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, na escola ou faculdade e durante o tempo livre. Isto inclui o tempo que você gasta sentado no escritório ou estudando, fazendo lição de casa, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado assistindo televisão.

Quanto tempo **por dia** você fica sentado em um dia da semana?

horas: _____ Minutos: _____

4b. Quanto tempo **por dia** você fica sentado no final de semana?

horas: _____ Minutos: _____

ANEXO 6 - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)

Marcar com **SIM** ou **NÃO** ao lado da pergunta.

1. Nos últimos 3 meses, os moradores deste domicílio tiveram a preocupação de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida?
2. Nos últimos 3 meses, os alimentos acabaram antes que os moradores desse domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?
3. Nos últimos 3 meses, os moradores desse domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?
4. Nos últimos 3 meses, os moradores desse domicílio comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou?
5. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida?
6. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade comeu menos do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida?
7. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade sentiu fome, mas não comeu, porque não tinha dinheiro para comprar comida?
8. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade ficou um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não tinha dinheiro para comprar a comida?
9. Nos últimos 3 meses, os moradores com menos de 18 anos de idade não puderam ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida?
10. Nos últimos 3 meses, os moradores menores de 18 anos de idade comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou?
11. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade comeu menos do que você achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?
12. Nos últimos 3 meses, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?
13. Nos últimos 3 meses, alguma morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?
14. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida?