

Influência de um Programa Educativo na Promoção da Saúde de Mulheres Obesas: Um Estudo Piloto

Influence of an educational program to health promotion of obese women: a pilot study

André Carvalho Costa^{1,2}, Gabriela Flávia de Faria¹, Vanessa Cristina Caetano do Couto¹, Kamila de Oliveira Terra², José Carlos Leal², Helena Siqueira Vassimon².

¹Centro Universitário de Formiga (UNIFOR-MG) – Faculdade de Fisioterapia. Formiga, Minas Gerais, Brasil.

²Universidade de Franca (UNIFRAN) - Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde. Franca, São Paulo, Brasil.

Resumo

Introdução: A obesidade é determinada por um desequilíbrio energético crônico que envolve uma ingestão alimentar maior que o gasto calórico. Se destaca como um dos maiores problemas de saúde pública mundial, pois figura-se como fator de risco para diversas morbidades. Por isso, são necessárias definições das prioridades e estratégias de ação, especialmente no que tange a promoção da saúde de obesas. **Objetivo:** Avaliar a influência de um programa educativo em saúde sobre variáveis clínicas e comportamentais de mulheres com obesidade tipo I e/ou II. **Metodologia:** Estudo longitudinal experimental. Doze voluntárias foram selecionadas, após aplicação dos critérios de inclusão e não inclusão. Os dados de interesse foram obtidos nos momentos pré e pós-intervenção. O programa educativo usado para promoção de saúde das obesas foi pautado em palestras educativas e dinâmicas em grupo, que abordavam as terapias comportamentais, o aumento do gasto calórico e a reeducação alimentar. As atividades duraram três meses, realizadas uma vez por semana, por uma hora. **Resultados:** Terminaram o programa cinco participantes, pois sete foram excluídas por não comparecerem a 80% das atividades. Não houve significância estatística em nenhuma variável pesquisada, porém, foi observada uma melhora nos valores absolutos com relação ao IMC e a pontuação do IDATE. De acordo com o comportamento alimentar, a alimentação emocional foi a que chegou mais perto da significância. A restrição cognitiva e o descontrole alimentar também melhoraram, porém em porcentagens menores. **Conclusão:** Não houve alterações estatísticas das variáveis, possivelmente pela perda da amostra, por isso, outros estudos devem ser realizados.

Palavras chave: Educação em saúde. Mulheres. Obesidade. Promoção da Saúde.

Autor correspondente:

André Carvalho Costa

Endereço: Rua Uruguai nº 152 Ouro Negro,

Formiga, MG - Brasil

Telefone: (37) 99958-9390

E-mail: andrecfisio@hotmail.com

Recebido em: 02/05/2016

Revisado em: 21/05/2016

Aceito em: 24/05/2016

Publicado em: 15/06/2016

Abstract

Introduction: Obesity is determined by a chronic energy imbalance involving a higher food ingestion than energy expenditure. It stands as one of the biggest problems of public health worldwide, it may set up a risk factor for mortality and several morbidities. Therefore, it is necessary definitions of the priorities and strategies, especially in relation in promoting the health of obese people. **Objectives:** To assess the influence of an educational program about health clinics and behavioral variables in women with obesity type I and / or II. **Methodology:** experimental longitudinal study. Twelve volunteers were selected after applying the inclusion and non-inclusion criteria. We obtained the data of interest in the pre and post intervention times. The educational program used to promote health of obese women, was marked in educational lectures and dynamic group, which addressed behavioral therapies, increased energy expenditure and nutritional education. The activities lasted three months performed once a week for one hour each. **Results:** They finished the program five participants, as seven were excluded for not attending 80% of the activities. There was no statistical significance in any studied variable, but an improvement in absolute values was observed with respect to BMI and STAI. According to the feeding behavior, emotional power was the one that came closer to the significance. Cognitive restriction and binge eating also improved, but in smaller percentages. **Conclusions:** There was no statistical changes of the variables studied, possibly the loss of much of the sample, so further studies should be performed.

Keywords: Health education. Women. Obesity. Health promotion

Introdução

A obesidade está entre os maiores problemas de saúde pública mundial, pois figura-se como fator de risco para mortalidade e diversas morbidades, com destaque para diabetes, doenças cardiovasculares, musculoesqueléticas, respiratórias, alguns tipos de câncer e depressão.¹ Outros efeitos negativos estão bem documentados e incluem alterações fundamentais no comportamento e na capacidade individual de reação às frequentes mudanças ambientais.²

De forma conceitual, o excesso de peso pode ser determinado por um desequilíbrio energético crônico que envolve uma ingestão alimentar maior que o gasto calórico.² Evidências relatam, que o aumento desta ingestão geralmente é proveniente das mudanças no sistema alimentar mundial, como por exemplo, estímulo ao consumo, comercialização e marketing de alimentos altamente processados.⁴ Outros fatores como o Produto Interno Bruto do país, a política governamental, as regras culturais, o ambiente construído, os mecanismos genéticos e epigenéticos, as bases biológicas para preferências alimentares e motivação para exercícios físicos, também podem amplificar ou atenuar as disparidades observadas na prevalência da obesidade entre as populações.⁵

O Brasil segue a predisposição mundial e as mudanças do estado nutricional da população é indicativa de importante aumento do excesso de peso. Segundo dados da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico -VIGITEL, demonstrou que na população

adulta das 27 capitais brasileiras, a prevalência de obesos, no período de 2006 a 2012, passou de 15% para 17,4%. No sexo masculino foi de 16,5% e entre as mulheres, atingiu 18,2%.⁶

Ao analisar a evolução da obesidade ao longo dos anos, fica claro que suas consequências para a saúde e o crescente aumento na prevalência são responsáveis por grande parcela dos gastos públicos. Por isso é certo admitir que são necessárias importantes implicações para a definição das prioridades e estratégias de ação em Saúde Pública, especialmente quanto à prevenção e o controle deste problema. Seguindo essas premissas, a Política Nacional de Promoção da Saúde, possui estratégias para concretizar ações de promoção da saúde, fundamentadas na territorialização, na cooperação e na articulação intra e intersetorial, na participação e controle social, na gestão, nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), na educação e formação, na vigilância, no monitoramento e avaliação, na produção e disseminação de conhecimentos.⁷

Neste contexto, a criação de políticas públicas e programas de promoção da saúde que visem a adoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática de exercícios físicos regulares e o esclarecimento da população quanto ao consumo controlado de alimentos e bebidas, estão sendo preconizadas pela gestão pública, para controle da obesidade.⁸

O objetivo do estudo foi avaliar o impacto de um programa de educação em saúde, no Índice de Massa Corporal (IMC); na Circunferência Abdominal (CA); no Questionário de Três Fatores Alimentares

(TFEQ-R21) e no Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), considerando a hipótese de que, o desenvolvimento desse programa possa interferir diretamente sobre melhora da saúde de mulheres com obesidade.

Metodologia

Critérios Éticos

As etapas do projeto foram iniciadas somente após a aprovação do mesmo, pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Humanos do Centro Universitário de Formiga – MG. Para a participação na pesquisa os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias e caso ocorresse qualquer imprevisto durante a realização do estudo, o referido comitê seria imediatamente comunicado. Estes, e demais procedimentos éticos foram embasados na resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

Tipo e Local do estudo

O estudo teve caráter experimental longitudinal e suas atividades foram realizadas no município de Formiga – MG, localizada na região Centro Oeste do estado. Para tal, foram utilizadas as instalações do Centro Universitário de Formiga – MG (UNIFOR-MG), incluindo: salas de aula, laboratórios e clínica escola.

Participantes

As voluntárias foram recrutadas a partir de anúncios dos meios de comunicação social (jornal institucional, mídias sociais, site institucional). Foram inscritas para iniciar o programa, após análise dos critérios de inclusão (sexo feminino, independente da raça; diagnóstico de obesidade tipo I e ou II; idade entre 20 a 40 anos; assinarem o TCLE e não realização de nenhum tipo de tratamento para perda de peso até seis meses antes do início da pesquisa) e não inclusão (gestantes; lactantes; participantes com incapacidade física permanente ou temporária que impossibilitasse a execução das atividades; indivíduos com instabilidade clínica no momento das atividades; indivíduos que associadamente possuíssem doenças mentais, cardiovasculares e ou endócrinas instáveis; participantes que não se apresentaram para participar da coleta de dados nas datas agendadas), 12 mulheres com obesidade tipo I e ou II.

Procedimentos e instrumentos utilizados

Após seleção das participantes, iniciou-se a intervenção, com realização do Programa Educativo (Tabela 1), adaptado dos estudos de Paxman et al² (2011) e Souza et al⁹ (2008). Este programa permaneceu por doze semanas, período em que aconteceu um encontro semanal, com duração de uma hora. O foco era para palestras educativas e dinâmicas de grupo, que visavam abordar as terapias

comportamentais, o aumento do gasto calórico e a reeducação alimentar. Para conduzir estas atividades, pelo menos três dos responsáveis pela pesquisa estiveram presentes e outros profissionais de saúde (nutricionista, psicólogo e educador físico) foram convidados para participar dos encontros. No momento pré e pós-intervenção, dados antropométricos e comportamentais foram coletados.

Em relação aos dados antropométricos, o peso corporal (P) foi obtido através da balança eletrônica da marca FILIZOLA® e para estatura (A), utilizou-se uma fita métrica da marca COGEX®, com escala de precisão de 0,1 cm, para posterior cálculo do IMC ($IMC=P/A^2$). Por meio deste parâmetro pode-se avaliar os níveis de distribuição do peso, sendo consideradas com obesidade grau I as mulheres que apresentavam valores entre 30 e 34,9 kg/m² e grau II entre 35 e 39,9 kg/m².¹⁰ A CA foi medida em um nível intermediário entre o último arco costal e a crista ilíaca, e foi determinado, segundo parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS), que mulheres com valores menores que 80; entre 80 e 87,9 e maiores ou iguais a 88 cm eram classificadas com baixo, moderado e alto risco cardiovascular.¹¹

Os dados comportamentais foram avaliados pelo TFEQ-R21 e IDATE. O primeiro instrumento é um questionário, traduzido e validado para o Brasil por Natacci e Ferreira Junior¹² (2011) e tem como objetivo avaliar três dimensões do comportamento alimentar: alimentação emocional, restrição cognitiva e descontrole alimentar. A média de cada uma das variáveis de comportamento é calculada e transformada em uma escala de 0 a 100 pontos, em que quanto maior o valor, maior a presença do comportamento. O segundo instrumento é um dos mais utilizados para quantificar componentes subjetivos relacionados à ansiedade. Traduzido e adaptado para o Brasil, este inventário é usado para medir dois conceitos distintos de ansiedade: traço de ansiedade e estado de ansiedade. Cada conceito é formado por 20 perguntas, pontuadas de um a quatro, que examinam tanto os sentimentos mais frequentemente vivenciados, quanto os sentimentos momentâneos. Escores entre 20 e 34 pontos correspondem a níveis baixos de ansiedade, entre 35 e 49 pontos ansiedade moderada, entre 50 e 64 pontos ansiedade grave e de 65 até 80 pontos estado de pânico.

Análise dos Dados

Para a realização dos testes estatísticos foi utilizado o software SPSS for Windows, versão 14, aceitando como nível de significância 5% ($p<0,05$). Inicialmente a normalidade dos dados obtidos foi verificada com aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov. Após verificar que os dados eram paramétricos, utilizou-se o Teste T de Student pareado, comparando os dados antes e depois da aplicação do programa. A média e desvio padrão também foram analisadas.

Tabela 1 - Programa de Emagrecimento

Semanas	Encontros
1ª semana	Boas vindas, contrato terapêutico, oficina dos sentidos
2ª semana	Conhecendo aspectos importantes sobre a obesidade
3ª semana	Importância no aumento do gasto e da diminuição da ingestão calórica para o emagrecimento
4ª semana	Preparação Física
5ª semana	Rotulagem de alimentos e quais os componentes da sua comida?
6ª semana	Falsas dietas e reeducação alimentar saudável
7ª semana	A comida, o humor e a fome
8ª semana	Determinação comportamental e gerenciando as relações
9ª semana	Técnicas para elevar a autoestima e práticas de relaxamento
10ª semana	Respeitando seus limites e controle das recaídas
11ª semana	Tratamentos da obesidade
12ª semana	Retrospectiva, auto-avaliação e comemoração

Resultados

A amostra final foi composta por cinco voluntárias, já que sete foram excluídas por não cumprirem 80% da intervenção. As idades das participantes variaram de 27 a 38 anos, com média de $33 \pm 5,52$ anos.

Com relação aos dados antropométricos, observados na tabela 2, o IMC obtido pré-intervenção, variou de 30,4 a 38 kg/m², com média de $34,53 \pm 3,06$. Destes valores, duas participantes foram

classificadas, com obesidade grau I e três como grau II. Já a CA variou de 87 a 107 cm, com média de $97,4 \pm 7,16$, mostrando que apenas uma participante possuía risco cardiovascular moderado, as outras estavam com alto risco. Após a intervenção, o IMC variou de 27,11 a 36,48 kg/m², com média de $33,29 \pm 3,58$, onde uma das participantes passou a ser classificada com sobrepeso, três com obesidade grau I e uma com grau II. A CA variou de 90 a 106 cm, com média de $97,2 \pm 6,41$, evidenciando que todas as participantes estavam em alto risco cardiovascular.

Tabela 2 – Dados antropométricos obtidos pré e pós intervenção

PARTICIPANTES	IMC ANTES (Kg/m ²)	IMC DEPOIS (Kg/m ²)	CA ANTES (cm)	CA DEPOIS (cm)
Participante 1	38	36,48	98	100
Participante 2	32,98	34,17	96	98
Participante 3	30,4	27,11	87	92
Participante 4	35,45	34,44	99	90
Participante 5	35,19	34,29	107	106

As pontuações do IDATE – Traço, obtidas antes da aplicação do programa educativo, variaram de 46 a 65 pontos, média de $52,8 \pm 7,69$, determinando que 40% das voluntárias apresentavam ansiedade moderada, 40% grave e 20% estado de pânico. Já do IDATE - Estado variou de 38 a 60 pontos, média de $50,6 \pm 8,87$, significando que 40% possuíam ansiedade moderada e 60% grave. No momento pós intervenção, observou-se uma diminuição nas pontuações do IDATE - Traço, que variou de 40 a 55 pontos, média de $45,4 \pm 5,77$, evidenciando que 80% apresentaram ansiedade moderada e apenas 20% ansiedade grave. O IDATE - Estado também apresentou mudanças positivas no resultado de suas pontuações, variando de 32 a 48 pontos, média de $40 \pm 6,44$, onde 20% apresentaram nível baixo de ansiedade e 80% nível moderado (tabela 3).

De acordo com o questionário dos três fatores alimentares, na avaliação inicial, o domínio restrição cognitiva (RC) variou de 22% a 50%, média de $37,62 \pm 0,10$, observando que 80% das mulheres apresentavam uma presença moderada deste comportamento e 20% apresentavam uma baixa presença. No que diz respeito à alimentação emocional (AE), esta variou de 22,22% a 94%, média de $47,62 \pm 0,28$, determinando que 20% apresentavam uma alta presença deste comportamento, 40% moderada e 40% baixa. O descontrole alimentar (DA), variou de 29,6% a 74%, média de $45,86 \pm 0,17$, e dentro disto, 20% apresentavam uma presença alta deste comportamento, 60% moderada e 20% baixa.

Ao final da intervenção, foi observado que o comportamento referente a RC variou de 6,66% a 77,77%, média de $49,06 \pm 0,32$, onde 60% passaram a apresentar uma alta presença deste comportamento e

40% apresentou baixa presença. A AE variou de 5,55% a 22,22%, média de 15,55±0,07, sendo que 100% das mulheres passaram a apresentar uma baixa presença deste comportamento. Por último o DA, variou de 5,55% a 48,14, média de 25,55±0,16, onde 80% apresentaram presença baixa do referido

comportamento e 20% presença moderada (tabela 3). Ao realizar a comparação dos dados iniciais com os obtidos após a aplicação do programa educativo em saúde, não houve diferença estatística em nenhuma das variáveis de interesse, como evidencia a tabela 4.

Tabela 3 – Dados comportamentais obtidos pré e pós-intervenção

	Part. 1	Part. 2	Part. 3	Part. 4	Part. 5
IDATE TRAÇO					
Antes	46	55	47	51	65
Depois	40	55	45	42	45
IDATE ESTADO					
Antes	47	58	38	50	60
Depois	45	37	48	38	32
RESTRICÇÃO COGNITIVA					
Antes	44%	38,8%	22%	33,3%	50%
Depois	77,77%	22,22%	66,66%	72%	6,66%
ALIMENTAÇÃO EMOCIONAL					
Antes	94%	27,7%	22,22%	50%	44,4%
Depois	22,22%	22,22%	11,11%	5,55%	16,66%
DESCONTROLE ALIMENTAR					
Antes	74%	37%	48%	40,7%	29,6%
Depois	29,62%	48,14%	14,81%	5,55%	29,62%

IDATE- Inventário de Ansiedade.

Tabela 4 – Média, desvio padrão e valor de p dos dados pré e pós intervenção

	MÉDIA ANTES	MÉDIA DEPOIS	p*
Idade (anos)	33±5,52	33±5,52	
IMC (kg/m ²)	34,53±3,06	33,29±3,58	0,198
CA (cm)	97,4±7,16	97,2±6,41	0,937
IDATE TRAÇO	52,8±7,69	45,4±5,77	0,103
IDATE ESTADO	50,6±8,87	40±6,44	0,191
RC (%)	37,62±0,10	49,06±0,32	0,549
AE (%)	47,62±0,28	15,55±0,07	0,056
DA (%)	45,86±0,17	25,55±0,16	0,135

IMC- Índice de Massa Corporal; CA- Circunferência Abdominal; IDATE- Inventário de Ansiedade; RC-Restrição Cognitiva; AE-Alimentação Emocional; DA-Descontrole Alimentar.

Discussão

A finalidade do estudo foi avaliar o impacto de um programa educativo na promoção da saúde de mulheres com obesidade tipo I e ou II, sobre variáveis clínicas e comportamentais. A obesidade possui natureza crônica, recorrente e pelo fato de poder apresentar doenças associadas, estratégias adotadas para a redução do peso devem ser abordadas a longo prazo. O primeiro passo a ser dado, seria aquele que intervisse diretamente no estilo de vida do indivíduo, principalmente no que diz respeito à reeducação alimentar, aumento da prática de exercícios físicos e mudança comportamental.^{13,14}

Nos últimos anos observou-se um começo da conscientização tanto política quanto ambiental em diversos países, no sentido de reduzir a prevalência da obesidade. Tais abordagens, ainda são insuficientes para combater esse problema e pelas características dessa doença, verifica-se a necessidade de gerar reformas educativas dentro da população.¹⁵

Neste contexto, os programas de educação em saúde são definidos como toda e qualquer combinação de aprendizagem planejada e baseada em experiências, que devem ser transmitidas para indivíduos, grupos e também comunidades, de forma

a fornecer a eles a oportunidade de adquirirem as informações e habilidades necessárias, para assim, tomarem decisões que visem a melhora de sua saúde. Uma série de normas, procedimentos e atividades são projetadas por meio destes programas com o objetivo de recuperar a saúde, assim como proteger e promover o bem-estar dos envolvidos. Os mesmos devem apresentar caráter multidisciplinar, de modo a enfatizar juntamente aos pacientes, o entendimento dos mecanismos biopsicossociais aos quais eles estão submetidos.¹⁶

O Programa Educativo proposto, contou com mulheres na faixa etária entre 20 a 40 anos, pois acredita-se corresponder à de maior acometimento da obesidade. Embasando esse pensamento, o estudo de Ng et al¹⁷ (2014), observou que entre 1980 a 2013, com relação ao sexo, a porcentagem de homens obesos saltou de 28,8% para 36,9%, enquanto as mulheres passaram de 29,8% para 38,0%. Tais autores também relataram que o aumento do peso ocorreu em idades variadas, porém foi mais significativo e mais rápido entre as faixas etárias de 20 a 40 anos.

No presente estudo, os dados antropométricos avaliados antes e depois da aplicação do programa não apresentaram diferença significativa nos seus resultados. Acredita-se que esse fato possa ser explicado pela perda de aproximadamente 58% da amostra. Apesar disso, ao analisar os valores brutos, observa-se que quatro participantes tiveram o IMC diminuído. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Varela et al¹⁸ (2007), que avaliaram a associação entre acompanhamento nutricional, exercício físico e terapia em grupo como forma de tratamento para ganho de peso. Foram recrutadas 15 mulheres obesas e estas foram submetidas a três meses de intervenção. Na avaliação final o IMC apresentou uma redução de 1,27 kg/m², significando não ser suficiente para as voluntárias saírem do quadro de obesidade. O mesmo ocorreu com a CA, que apesar de ter apresentado diminuição na média dos valores absolutos, todas as participantes se encontravam na situação de alto risco cardiovascular.

Ao avaliar os escores obtidos pelo IDATE, após a aplicação do programa, não se observou significância estatística em seus resultados, apesar de ter sido notado uma mudança nos valores brutos de ansiedade. A compulsão alimentar pode estar relacionada a alguns transtornos que apresentam uma maior incidência nos indivíduos obesos, sendo um dos mais frequentes a ansiedade. A alimentação em excesso torna-se um meio encontrado pelos obesos para diminuir este sintoma, o que frequentemente acarreta um aumento de peso corporal.¹⁹

Acredita-se que este fato, possa estar relacionado à etiologia da obesidade, que envolve dentre outros fatores, os psicológicos. Alguns estudos sugerem que pessoas comem excessivamente devido a uma falta de controle emocional, ou seja, uma falta

da capacidade de regular e controlar os sentimentos e emoções que surgem em momentos de estresse.²⁰ No estudo de Rocha et al²¹ (2012), a amostra em questão também não apresentou valores estatisticamente significativos no que se referia aos sintomas de ansiedade, permanecendo dentro da média da população normal. Isso, segundo relato dos autores, contradiz as conclusões de outros estudos com obesos, que apresentavam uma maior prevalência deste sintoma, principalmente nas mulheres, quando se comparado a uma população com peso corporal normal.

O comportamento alimentar avaliado pelo Questionário de Três Fatores Alimentares (TFEQ-R21), não apresentou resultados significativos em nenhum dos domínios observados, porém a alimentação emocional se destacou como o resultado mais próximo à significância estatística. Lima²² (2012) relata, que o domínio de comportamento denominado restrição cognitiva é entendido como uma série de proibições e obrigações alimentares com intuito de perder ou manter o peso. Já a alimentação emocional se refere a uma predisposição do indivíduo a apresentar mudanças em sua ingestão alimentar em decorrência de alterações no humor ou em situações que impõe desafios. O descontrole alimentar se relaciona com a perda de se autocontrolar o elevado consumo de alimentos, até mesmo na ausência da fome. Um indivíduo pode apresentar todos eles, já que tais comportamentos não são isolados.

Ao contrário dos resultados encontrados no presente estudo, Paxman et al² (2011) ao avaliarem os efeitos produzidos sobre variáveis clínicas, psicológicas e bioquímicas, por meio da aplicação de um programa educativo em saúde que visava mudanças no comportamento de indivíduos obesos, notaram uma redução significativa tanto do IMC, como na CA. A avaliação do comportamento alimentar por meio do TFEQ-R21, também mostrou alterações significativas nos três domínios do comportamento alimentar.

As principais limitações do estudo estão associadas a dificuldade de se encontrar pesquisas que abordem somente programas educativos para tratamento da obesidade e também a perda significativa da amostra, no decorrer do desenvolvimento da intervenção. Acredita-se que esta última tenha ocorrido, por falta de estratégias que aumentem a adesão e incentivem mais as participantes, como parcerias com academias e lojas que comercializam alimentos integrais e de baixa caloria, por exemplo. A desistência também pode estar relacionada ao aumento das tarefas realizadas por elas, tanto no trabalho, quanto em casa, levando a uma indisponibilidade de horários para a continuidade ao programa.

O não comprometimento das pessoas em programas educativos parece ser algo que ocorre com frequência, como observado no estudo de Herring et

Al²³ (2014), onde os autores relataram que aproximadamente 60 a 80% dos indivíduos atingem a porcentagem mínima de sessões indicadas em programas de educação em saúde e que cerca de mais da metade desistem no primeiro mês, antes mesmo da verificação dos benefícios previstos. Bueno et al²⁴ (2011), descrevem que por envolver mudanças no estilo de vida, relacionadas a prática de atividade física e o controle da alimentação, torna-se difícil o manejo do tratamento da obesidade. Assim como observado em outros estudos, a adesão é baixa, podendo este fato ser explicado pelas dificuldades encontradas pelo indivíduo para seguir as orientações que lhes são feitas.

Nesta mesma linha, o estudo de Guimarães et al²⁵ (2010), analisaram um programa multidisciplinar e notou que mudanças comportamentais parecem ser difíceis de alcançar. Os autores relatam que independente da maneira em que o aconselhamento nutricional é proposto, seja individual ou coletivamente, permanece insatisfatória a mudança nos hábitos alimentares, propondo assim, que mais estudos sobre este tipo de abordagem devam ser realizados, com intuito de melhorar o atendimento aos portadores de doenças crônicas.

Frente a tudo isso, Grave et al²⁶ (2011), afirmam que para os indivíduos conseguirem uma perda de peso efetiva e ao mesmo tempo com saúde, precisam apresentar mudanças em seu comportamento, assim como competências cognitivas para mudarem seu estilo de vida e entenderem que as adoções de hábitos mais saudáveis e ativos são uma boa oportunidade para obtenção de uma melhor qualidade de vida.

É importante ressaltar que o presente estudo trata-se de um piloto, onde é possível testar, avaliar, revisar e aprimorar os instrumentos e procedimentos de pesquisa, com o objetivo de descobrir pontos fracos e problemas em potencial, para que sejam resolvidos antes da implementação de estudos mais consistentes.

Apesar dos resultados não terem apresentado significância estatística, programas educativos voltados para o auxílio da perda de peso, são promovidos de uma forma sensata e segura, principalmente nos indivíduos conscientes de que o emagrecimento ocorre lentamente. Isso evidencia a importância do desenvolvimento de trabalhos que estimulem as pessoas a adotarem hábitos de vida mais saudáveis. Acredita-se que apesar de ser um estudo piloto, a proposta de empoderamento foi alcançada, e as cinco participantes ao final da intervenção, pelos seus relatos pessoais, melhoraram sua percepção da qualidade de vida, e o conhecimento adquirido possivelmente será de grande valia para darem continuidade, a longo prazo, a perderem peso de forma saudável.

Conclusão

Conclui-se que no presente estudo, não houveram alterações estatísticas das variáveis antropométricas e comportamentais analisadas antes e depois da aplicação do programa educativo para mulheres com obesidade. Entretanto, por se tratar de um estudo piloto, acredita-se que conseguiu proporcionar um empoderamento das participantes, no sentido de melhorarem sua percepção da qualidade de vida e também se tornar o primeiro passo para futuros projetos maiores e mais consistentes.

Outros estudos devem ser executados com uma amostra maior, para melhor precisão, tendo em vista que a adoção de hábitos saudáveis, não é adquirida em um curto espaço de tempo, e que a mesma, depende do envolvimento e conscientização dos envolvidos.

Declaração de conflitos de interesses

Os autores do artigo afirmam que não houve nenhuma situação de conflito de interesse, tais como propostas de financiamento, emissão de pareceres, promoções ou participação em comitês consultivos ou diretivos, entre outras, que pudessem influenciar no desenvolvimento do trabalho.

Referências

1. FINUCANE, M. M; STEVENS, G. A; COWAN, M. J; DANAEI, G; LIN, J. K; PACIOREK, C. J. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9,1 million participants. **The Lancet**, p. 377-557, 2011.
2. PAXMAN, J. R; HALL, A. C; HARDEN, C. J; O'KEEFFE, J; SIMPER, T. N. Weight loss is coupled with improvements to affective state in obese participants engaged in behavior change therapy based on incremental, self-selected "Small Changes". **Nutrition Research**, v. 31, p. 327-337, 2011.
3. SWINBURN, B. A; SACKS, G; HALL, K. D; MCPHERSON, K; FINEGOOD, D. T; MOODIE, M. L, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. **The Lancet**, v. 378, p. 804-814, 2011.
4. GORIS, J. M; PETERSEN, S; STAMATAKIS, E; VEERMAN, J. L. Television food advertising and the prevalence of childhood overweight and obesity: a multicountry comparison. **Public Health Nutrition**, v. 13, n. 7, p. 1003-1012, 2010.
5. AHMED, F. Epigenetics: Tales of adversity. **Nature**, v. 468, n. 7327, p. 20-26, 2010.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde**. Brasília, DF; 2014.
7. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento social e combate a fome. **Estratégia intersetorial de prevenção e**

combate a obesidade: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira. Brasília, DF; 2014.

8. REIS, C. E. G; VASCONCELOS, I. A. L; BARROS, J. F. N. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 4, p. 625-633, 2011.

9. SOUZA, J. B; BOURGAULT, P; CHAREST, J; MARCHAND, S. Escola Inter-relacional de fibromialgia: aprendendo a lidar com a dor: estudo clínico randomizado. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 48, n. 4, p. 218-225, 2008.

10. MARTINS, S. O peso da mente feminina: associação entre obesidade e depressão. **Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar**, v. 28, n. 3, p. 163-166, 2012.

11. GHARAKHANLOU, R; FARZAD, B; AGHA-ALINEJAD, H; STEFFEN, L. M; BAYATI, M. Medidas antropométricas como preditoras de fatores de risco cardiovascular na população urbana do Irã. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v. 98, n. 2, p. 126-135, 2012.

12. NATACCI, L. C; FERREIRA JUNIOR, M. The three factor eating questionnaire – R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 3, p. 383-394, 2011.

13. JENSEN, M. D; RYAN, D. H, editors. Task force on practice guidelines and the obesity society: **American Heart Association**, 2013. Acesso em: 2015 nov 15. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org>.

14. WADDEN, T. A; WEBB, V. L; MORAN, C. H; BAILER, B. A. Lifestyle modification for obesity: new developments in diet, physical activity, and behavior therapy. **American Heart Association**, v. 125, n. 9, p. 1157-1170, 2012.

15. DIETZ, W.H; BAUR, L. A; HALL, K; PUHL, R. M; TAVERAS, E. M; UAUY, R, et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. **The Lancet**, v. 14, 2015.

16. GOLD, R. S; MINER, K. R. Report of the 2000 joint committee on health education and promotion terminology. **American Journal of Health Education**, v. 32, n. 2, p. 97-103, 2001.

17. NG, M; FLEMING, T; ROBINSON, M; THOMSON, B; GRAETZ, N; MARGONO, C. Global, regional, and

national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. **The Lancet**, v. 384, p. 766-781, 2014.

18. VARELA, A. L; QUINTANS, C. C; TRANQUEIRA, A. P. M; GASPAROTTO, R; ISAAC, I. A. S; ESTRELA, R. A. M. Programa de emagrecimento para mulheres obesas envolvendo variáveis nutricionais, psicológicas e exercício físico. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 1, n. 6, p. 12-27, 2007.

19. ALMEIDA, S. S; ZONAATTA, D. P; REZENDE, F. F. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 1, p. 153-160, 2012.

20. CRUZ, S. H; ZANON, R. B; BOSA, C. A. Relação entre apego e obesidade: revisão sistemática da literatura. **Psicologia**, v. 46, n. 1, p. 6-15, 2015.

21. ROCHA, C; COSTA, E. Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. **Análise psicológica**, v. 30, n. 6, p. 451-466, 2012.

22. LIMA, L. S. **Comportamento alimentar e qualidade de vida após 24 meses de cirurgia bariátrica**. Dissertação, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2012, 77p.

23. HERRING, M. P; SAILORS, M. H; BRAY, M. S. Genetic factors in exercise adoption, adherence and obesity. **Obesity reviews**, v. 15, n. 1, p. 29-39, 2014.

24. BUENO, J. M; LEAL, F. S; SAQUY, L. P. L; SANTOS, C. B; RIBEIRO, R. P. P. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 4, p. 575-584.

25. GUIMARÃES, N.G; DUTRA, E. S; ITO, M. K; CARVALHO, K. M. B. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 3, p. 323-333, 2010.

26. GRAVE, R.D; GALUGI, S; CENTIS, E; GHOCH, M. E; MARCHESINI, G. Cognitive-Behavioral strategies to increase the adherence to exercise in the management of obesity. **Journal of obesity**, 2011. Acesso em: 15 nov. 2015. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/job/2011/348293>.