

# Análise de influências em dietas de emagrecimento

Morgana Rafaela Saueressig  
Kally Janaina Berleze

Centro Universitário Univates  
Porto Alegre, RS, Brasil

## RESUMO

Considerando o fracasso na manutenção de dietas de emagrecimento, cuja à influência de vários fatores psicológicos é um dos fatores etiológicos, como relatado pela literatura, este estudo, através de questionário estruturado e aplicação de Inventários Beck para ansiedade e depressão; analisou quais fatores interferem na eficácia do tratamento da obesidade. Participaram 39 pacientes, sendo maioria o público feminino, 84,6% (36). Correlacionando Índice de massa corporal (IMC), encontrou-se no cruzamento com circunferência da cintura (CC) uma correlação positiva e forte ( $r=830$ ,  $p<0,001$ ) e significativa e moderada com percentual (%) de gordura ( $r=0,408$ ,  $p=0,010$ ). Observou-se na correlação com o Inventário de depressão que 60% ( $p=0,004$ ), 73,3% ( $p=0,022$ ) e 93,3% ( $p=0,115$ ) dos pacientes apresentam baixa autoestima, crises de humor depressivo e ansiedade, respectivamente. Espera-se, em contexto com os aspectos psicológicos, auxiliar os profissionais a intervir com maior sucesso sobre a aderência terapêutica.

**Palavras-chave:** Obesidade; fenômenos e processos psicológicos; crenças.

## ABSTRACT

### *Analysis of influences in diets of slimming*

Considering the failure in maintaining weight loss diets whose influence of various psychological factors is one of the etiologic factors, as reported in the literature, this study through structured questionnaire and application of Beck Inventories for anxiety and depression, examined which factors interfere in the effectiveness of the treatment of obesity. 39 patients participated, being the public majority female, 84.6% (36). Correlating body mass index (BMI), we met at the intersection with waist circumference (WC) (and) a strong positive correlation ( $r=830$ ,  $p<0.001$ ) and significant and moderate in percentage (%) from fat ( $r=0,408$ ,  $p=0.010$ ). It was observed in correlation with the Depression Inventory of 60% ( $p=0.004$ ), 73.3% ( $p=0.022$ ) and 93.3% ( $p=0.115$ ) of the patients show low self-esteem, depressive mood of crisis and anxiety, respectively. It is expected in connection with the psychological aspects to help the professionals to intervene more successfully about the adherence therapy.

**Keywords:** Obesity; psychological phenomena and processes; beliefs.

## RESUMEN

### *Análisis de los factores que influyen en las dietas de adelgazamiento*

Teniendo en cuenta el fracaso en el mantenimiento de las dietas de pérdida de peso, que la influencia de diversos factores psicológicos es uno de los factores etiológicos, como se informa en la literatura, este estudio, a través de un cuestionario estructurado y la aplicación de los inventarios de Beck para la ansiedad y la depresión, examina los factores que interfieren con eficacia del tratamiento de la obesidad. Participó en 39 pacientes, la mayoría de público femenino, el 84,6% (36). La correlación del índice de masa corporal (IMC), que se encuentra en la intersección con la circunferencia de la cintura (CC) una correlación fuerte y positiva ( $r=830$ ,  $p<0,001$ ) y significativamente y en forma moderada con el porcentaje (%) de grasa ( $r=0,408$ ,  $p=0,010$ ). Se observó en correlación con el Inventario de Depresión del 60% ( $p=0,004$ ), el 73,3% ( $p=0,022$ ) y el 93,3% ( $p=0,115$ ) de los pacientes tienen una baja autoestima, ataques de estado de ánimo depresivo y la ansiedad, respectivamente. Se espera, en el contexto de los aspectos psicológicos, ayudar a los profesionales para intervenir con mayor éxito en la adhesión al tratamiento.

**Palabras clave:** Obesidad; fenómenos y procesos psicológicos; creencias.

## INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica, com acúmulo excessivo de gordura, a tal ponto que a saúde do indivíduo obeso esteja comprometida (Cuppari, 2005). De acordo com o Ministério da Saúde, (2008), cerca de 43,4% da população adulta brasileira está com Índice de Massa Corporal (IMC)  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>.

A patologia tem causa multifatorial, nos quais diversos fatores estão envolvidos, como por exemplo, fatores genéticos (não modificáveis) e ambientais (modificáveis). Sendo que os fatores genéticos representam uma influência de 30% no desenvolvimento da obesidade e que os 70% restantes são de influências ambientais, no qual podemos destacar a ingestão alimentar em excesso e o sedentarismo (Naves e Costa, 2006). Segundo, Salve (2006), a obesidade também pode ser classificada como exógena, causada pelo excesso da ingestão calórica, ou endógena que tem como causa os distúrbios hormonais e metabólicos, sendo que a primeira é responsável por cerca de 95% dos casos de pacientes com a patologia.

Adultos obesos são considerados mais vulneráveis a riscos para o desenvolvimento de co-morbidades. Um aumento de 20% do peso corporal eleva significativamente o risco de desenvolver hipertensão arterial, doenças coronarianas, dislipidemias, diabetes mellitus tipo II, além da patologia ser considerada um fator de risco para outras afecções como apnéia do sono, doenças articulares e cálculos biliares (Lima e Sampaio, 2007).

O comportamento alimentar envolve o apetite (sensação de fome e saciedade), os estados motivacionais e a necessidade de consumo energético. De acordo com Bernardi e Vitolo (2005), este comportamento tem bases biológicas e sociais e, associado à obesidade, torna-se ainda mais complexo pelos aspectos psicológicos envolvidos, os quais podem se expressar por meio de humor depressivo, ansiedade, sentimento de culpa e, também por mecanismos fisiológicos, como a resistência ao jejum na vigência de dietas restritivas.

Estudos vêm sendo realizados para identificar características psicológicas que podem estar relacionadas com a obesidade. Alguns resultados apontaram que vários fatores psicológicos podem interferir no ganho de peso, como por exemplo, a baixa autoestima, depressão e dificuldades em lidar com acontecimentos adversos no decorrer da vida (Zanella, 2005).

Grande parte dos indivíduos obesos come para resolver ou compensar seus problemas, ou seja, consome mais alimentos em situação de estresse emocional. Pessoas obesas, principalmente mulheres, comem excessivamente como mecanismo compensatório em

situações de ansiedade, depressão, tristeza e raiva (Bernardi e Vitolo, 2005).

Nos dias atuais várias são as estratégias disponíveis para o tratamento da obesidade, cuja efetividade varia amplamente. Farret (2005) ressalta que por esta patologia ser reconhecida como uma doença crônica, as estratégias de tratamento são efetivas apenas em curto prazo e a terapias combinadas, tais como: dieta, exercícios físicos, tratamento comportamental e farmacológico.

O tratamento nutricional é a principal forma terapêutica que deve ser abordada no paciente que tem como objetivo a perda de peso. Existem diversos tipos diferentes de dietas e/ou planos alimentares, porém todos têm um objetivo em comum, uma perda de peso sustentada, saudável e que promova benefícios à saúde do paciente (Nunes, Appolinario, Galvão e Coutinho, 2006). De acordo com Bernardi e Vitolo (2005), deve ser considerado tanto as motivações psicológicas do indivíduo para o ato de se alimentar, como as implicações fisiológicas decorrentes da proposta dietética.

Vitolo (2008) ressalta que a prescrição de uma dieta sem esclarecer ao paciente a causa do excesso de peso ou qual é o comportamento que está sendo responsável pelo problema vai ser apenas mais uma medida infrutífera, entre tantas que talvez o paciente já tenha recebido.

Para auxiliar na mudança de comportamento do indivíduo, devem ser investigados os fatores que facilitam a ingestão inadequada de alimentos naquele indivíduo em particular: a presença de episódios de comer compulsivo; o padrão de exercício físico; os eventos associados às oscilações de peso e suas consequências; os pensamentos; sentimentos e comportamentos associados ao peso, dentre outros aspectos (Suplicy, 2007).

Bernardi e Vitolo (2005), relatam que a obesidade é uma patologia de difícil controle, com altos percentuais de insucessos terapêuticos e de recidivas, podendo assim apresentar sérias repercussões orgânicas e psico-sociais. Assis e Nahas (1999) salientam que 38% dos pacientes deixam de seguir um tratamento agudo recomendado (como por exemplo, o uso de antibióticos); 43% dos pacientes não aderem a um tratamento crônico (por exemplo, tratamento anti-hipertensivo) e 75% dos pacientes não seguem as recomendações médicas relacionadas as mudanças no estilo de vida, como restrições alimentares. Estudos relatam que 95% das pessoas com excesso de peso fracassam na manutenção de dietas de emagrecimento e voltam a engordar posteriormente.

Tendo em vista estas considerações e sabendo que, para promover mudanças de comportamento em longo

prazo é necessário conhecer as influências dos pacientes, o estudo identificou quais os fatores que interferem na eficácia do tratamento de perda de peso, em pacientes que frequentam um Ambulatório de Nutrição. Assim, o profissional nutricionista poderá intervir com maior sucesso sobre a aderência terapêutica, abordando pontos importantes não revelados pelos pacientes em um atendimento clínico usual.

## MÉTODO

### Participantes

Foram estudados todos os pacientes adultos, de ambos os sexos, frequentadores de um Ambulatório de Nutrição de uma Instituição de Ensino Superior Privada no município de Lajeado (RS), Brasil, entre o período de março a junho de 2009. Estes objetivaram a perda de peso e resultaram em uma amostra de 39 pacientes.

Foram excluídos da pesquisa gestantes, aqueles que não concordaram em participar de alguma etapa da pesquisa, questionários preenchidos incorretamente e/ou incompletos e pacientes que tenham algum tipo de deficiência física que impeça a antropometria tradicional.

### Instrumentos

O estudo envolveu coleta de dados através de um questionário estruturado que se baseou também pelos prontuários dos pacientes e Inventários Beck de depressão e ansiedade, a fim de validar o questionário proposto.

#### a) *Questionário Estruturado*

O questionário foi elaborado pelo próprio autor da pesquisa, contendo questões abertas e fechadas, onde estavam inclusos questionamentos sobre ansiedade, autoestima, humor depressivo, comer compulsivo, períodos de jejum, vantagens e desvantagens em perder peso através de dieta.

#### b) *Inventário Beck de Depressão: Beck Depression Inventory (BDI)*

O Inventário Beck de Depressão é um instrumento que atende ao propósito de avaliar a intensidade da depressão, a fim de contribuir para a identificação rápida e eficaz da mesma (Gandini, Martins, Ribeiro e Santos, 2007).

Este Inventário foi desenvolvido por Beck, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961) e trata-se de uma escala de autorrelato (Beck e Steer, 1993), sendo composta por 21 itens. De acordo com Cunha (2001), é um instrumento adequado para uso em pacientes psiquiátricos, porém, tem sido amplamente usado na

clínica e em pesquisas com pacientes não psiquiátricos e na população geral, por ser um instrumento de alta confiabilidade e validade quando comparado a diagnósticos realizados por profissionais.

#### c) *Inventário Beck de Ansiedade: Beck Anxiety Inventory (BAI)*

Este Inventário foi desenvolvido por Beck, Brown, Epstein e Steer (1988), adaptado e validado para o Brasil por Cunha (2001), sendo que na validação demonstrou excelentes níveis de fidedignidade. Tem como objetivo avaliar o rigor dos sintomas da ansiedade, consistindo em 21 itens que descrevem os sintomas comuns em quadros de ansiedade.

### Procedimento

Trata-se de um estudo transversal com amostra de conveniência, podendo com este tipo, minimizar o voluntarismo e outros tipos de viés de seleção, arrolando-se consecutivamente todas as pessoas acessíveis e que atendam os critérios de entrada (Hulley, 2008).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa do Centro Universitário Univates (nº 005/09), tendo início somente após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes.

O questionário estruturado e as escalas Beck foram aplicados em sala separada, estando presentes somente a aluna pesquisadora e o paciente. Primeiramente, aplicaram-se as escalas Beck e logo após, o questionário foi entregue para autopreenchimento.

Os dados antropométricos foram coletados dos prontuários de cada paciente previamente atendido no ambulatório, onde foram coletadas as seguintes informações: sexo, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), dobras cutâneas (subescapular, tríceps, supraílica, panturrilha medial, axilar média e coxa), circunferências da cintura (CC) e do quadril, relação cintura/quadril (RCQ) e percentual (%) de gordura.

A mensuração do peso foi feita através de uma balança antropométrica da marca Welmy com capacidade para 150 kg e precisão de 100 g. A altura é mensurada com o estadiômetro da mesma balança, com a altura máxima de 2,02 m e precisão de 0,1 cm.

O IMC foi avaliado através da fórmula peso/altura<sup>2</sup> e suas classificações foram feitas de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 1998.

Para a aferição das dobras cutâneas foi utilizado adipômetro científico da marca Cescorf, com precisão de 0,5 mm e capacidade para 80 mm, sendo estas necessárias para a determinação do % de gordura corporal. Este foi determinado e avaliado segundo a equação de Petroski (1995)

Para a aferição das circunferências foi utilizada uma fita métrica inelástica. A classificação da circunferência da cintura foi feita de acordo com o International Diabetes Federation, e o diagnóstico da relação cintura/quadril foi analisada de acordo com o Consenso Latino-Americano de Obesidade, 1998.

### Análises estatísticas

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, calculando média e desvio padrão para as variáveis quantitativas, enquanto que para as variáveis categóricas foi calculada a frequência e percentual.

A fim de verificar a relação entre IMC, CC, RCQ e % de gordura utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson. Para relacionar o questionário com o Inventário de depressão foi utilizado o teste exato de Fisher. Os dados foram analisados com o programa SPSS (Statistical Package for the Social Science), versão 12.0 e o nível de significância adotado foi de 5%.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 39 pacientes estudados, a grande maioria pertence ao gênero feminino 84,6% (33) e o restante 15,4% (6) representa o gênero masculino (Tabela 2). Estes dados podem ser atribuídos ao fato de que as mulheres buscam uma melhor aparência e em casos de problemas de saúde se sentem mais estimuladas a procurar tratamento (Silva e Oliveira, 2007). Analisando a Tabela 1, constatamos que a média de idade encontrada é de 24 anos (DP=3,50), de peso é de 69,90 kg (DP=14,13) e altura é de 1,64 m (DP=0,07). Acredita-se que a média de altura foi relativamente baixa por se tratar de um público tipicamente feminino. O IMC médio encontrado é de 25,87 kg/ m<sup>2</sup> sendo que este representa sobrepeso, considerado risco para doenças cardiovasculares. Apesar de 53,8% da população estudada (Tabela 2), apresentar algum tipo de excesso de peso, somente 30,8% (12) e 2,6% (1) apresentaram risco para doenças cardiovasculares na classificação de CC e RCQ, respectivamente. Já no percentual de gordura encontrou-se uma média de 25,29% sendo

TABELA 1

Médias, Desvios padrão, Mínimo e Máximo relativos às características antropométricas da população.

Variável	N	Média (DP)	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	39	24,00 (3,50)	19	37
Peso (kg)	39	69,90 (14,13)	54,1	112,7
Altura (m)	39	1,64 (0,07)	1,5	1,8
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	39	25,87 (3,90)	20,69	39,7
CC (cm)	39	78,62 (9,61)	65	104
RCQ (cm)	39	0,75 (0,06)	60	92
% Gordura	39	25,29 (4,16)	17,82	33,1

que 48,7% da amostra apresentaram um percentual de gordura elevado, acima da média recomendada de acordo com idade e sexo.

TABELA 2  
Frequências relativas às características antropométricas da população.

Variável	N	% válido
Sexo		
Masculino	6	15,4
Feminino	33	84,6
IMC		
Eutrofia	18	46,2
Sobrepeso	16	41
Obesidade grau I	4	10,3
Obesidade grau II	1	2,6
Classificação CC		
Risco	12	30,8
Sem risco	27	69,2
Classificação DCT		
Adequado	36	92,3
Provável obesidade	3	7,7
Classificação RCQ		
Risco	1	2,6
Sem risco	38	97,4
Classificação % de gordura		
Abaixo da média	5	12,8
Acima da média	5	12,8
Bom	3	7,7
Média	12	30,8
Muito ruim	3	7,7
Ruim	11	28,2

Fazendo as análises do questionário aplicado (Tabela 3), 30,8% dos pacientes referem ter baixa autoestima, tendo como principal motivo desta o excesso de peso (83,3%). Relativo a crises de humor depressivo, 48,7% (19) dos pacientes apresentou este sintoma. Encontrou-se também um percentual significativo de pacientes que referem ter ansiedade, 76,9% (30).

Cade et al. (2009) relataram que em seu estudo, que uma das causas dos pacientes comerem muito, geralmente estava relacionado a ansiedade, raiva, tristeza, culpa e preocupação.

De acordo com Cataneo, Carvalho e Galindo (2005) um alto nível de ansiedade pode ter como consequência à obesidade, que possivelmente mascara dificuldades internas, afetivas e relacionais, requerendo um tratamento psicológico imediato. Oliveira e Fonseca (2006) citaram que pacientes utilizam alimentos para preencher vazios emocionais causados por diversos fatores, como por exemplo, problemas de trabalho e problemas emocionais, citados em 53,3% e 33,3%, respectivamente nesta pesquisa como motivos da ansiedade.

TABELA 3  
 Frequência relativa às características da população.

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>% válido</i>	<i>Significância</i>	<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>% válido</i>	<i>Significância</i>
Baixa autoestima			0,004	Sentiu fome durante o tratamento			1
Sim	12	30,8		Sim	16	61,5	
Não	27	69,2		Não	10	38,5	
Motivo da baixa autoestima			0,45	Seus hábitos alimentares foram respeitados			0,42
Excesso de peso	10	83,3		Sim	18	69,2	
Preconceito familiar	1	8,3		Não	8	30,8	
Preconceito social	1	8,3		Acompanhamento psicológico durante o tratamento			
Crises de humor depressivo			0,022	Sim	0		
Sim	19	48,7		Não	26	100	
Não	20	51,3		Atividade física durante o tratamento			0,018
Ansiedade			0,115	Sim	20	76,9	
Sim	30	76,9		Não	6	23,1	
Não	9	23,1		Uso de medicação durante o tratamento			0,046
Motivo da ansiedade			0,106	Sim	3	11,5	
Problemas de trabalho	16	53,3		Não	23	88,5	
Problemas emocionais	10	33,3		Qual medicação			
Preconceito familiar	1	3,3		Sibutramina	3	100	
Outros	3	10		Outras	0		
Comer compulsivo			0,017	Houve recuperação do peso perdido			1
Sim	24	61,5		Sim	19	73,1	
Não	15	38,5		Não	7	26,9	
Sentimento de culpa após este ato			1	Continuou com atividade física após o término do tratamento			0,052
Sim	22	91,7		Sim	12	46,2	
Não	2	8,3		Não	8	30,8	
Longos períodos sem comer			0,525	Não fazia atividade física	6	23,1	
Sim	21	53,8		Continuou com o uso de medicação			0,046
Não	18	46,2		Sim	3	11,5	
Quando			0,156	Não utilizava medicação	23	88,5	
Manhã	7	33,3		Voltou aos antigos hábitos alimentares			1
Tarde	14	66,7		Sim	18	69,2	
Após teve compulsão alimentar			1	Não	8	30,8	
Sim	11	52,4		Diagnóstico médico de alguma doença de cunho psicológico			0,129
Não	10	47,6		Sim	2	5,3	
Come quando está deprimido			0,711	Não	36	94,7	
Sim	29	74,4		Qual a doença diagnosticada			
Não	10	25,6		Ansiedade	1	50	
Come quando está triste			0,305	Fobia social e síndrome do pânico	1	50	
Sim	27	69,2					
Não	12	30,8					
Come quando está com raiva			0,318				
Sim	16	41					
Não	23	59					
Fez dietas anteriormente			1				
Sim	26	66,7					
Não	13	33,3					
Teve acompanhamento de			0,098				
Nutricionista	15	57,7					
Médico	2	7,7					
Nenhum	9	34,6					

Diferença significativa  $p < 0,05$ .

Observou-se também no presente estudo que 61,5% (24) dos pacientes relataram apresentar momentos de comer compulsivo. Vários estudos com mulheres que procuram programas de redução de peso vêm mostrando que existe associação entre excesso de peso e a presença da compulsão alimentar, revelando valores que variam de 15 a 63%. Este estudo (Vitolo et al., 2006) confirmou a forte associação entre compulsão alimentar e mulheres com  $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ , estas comem na proporção do seu tamanho corporal. Oliveira e Fonseca (2006) salientaram que o ato de comer, muitas vezes está interligado com sentimentos negativos, como a raiva, sendo que está foi relatada no presente estudo representando 41% (16) da amostra. É comum as pessoas associarem o alimento a uma forma de aliviar ou de compensar algum sofrimento. Como a função do alimento é nutrir o organismo, quando usada para preencher alguma lacuna emocional, é eficaz apenas temporariamente, pois o vazio sempre volta juntamente com o sentimento de culpa, sendo que neste estudo após momentos de comer compulsivo 91,7% (22) relatam este sentimento. Oliveira e Fonseca (2006) também comentaram ainda que o comer compulsivo é desencadeado principalmente em pessoas que já passaram momentos de jejum devido a dietas, cabe então relatar que 53,8% (21) dos pacientes estudados nesta pesquisa, referem ficar longos períodos sem comer, principalmente no período da tarde 66,7% (14) e confirmam sim após estes momentos, a compulsão alimentar 52,4% (11).

O controle da compulsão alimentar auxilia no tratamento para perda de peso, diminuindo a frequência de recaída no ganho do mesmo (Perez, 2004) sendo que no presente estudo houve uma recuperação do peso perdido em 73,1% (19) dos casos. Moore (2002) salientou que modificações de comportamento, associados a uma dieta restrita equilibrada, auxiliam na perda de peso duradoura.

Encontramos 74,4% dos pacientes que relataram comer quando se sentem deprimidos e 69,2% dizem comer quando estão tristes, estes dados sinalizam a relação entre emoção e alimentação. Como podemos ver também em um estudo realizado com 5 pacientes por Souza, Castro, Maia, Ribeiro, Almondes e Silva (2005), onde estes relataram que a grande parte da amostra refere sentimentos como ansiedade, angústia, preocupação, solidão, tensão/estresse, raiva e tristeza como desencadeadores da vontade de comer. Afirmaram também que estes sentimentos negativos fazem com que as pessoas comam mais sem estarem necessariamente com fome.

Grande parte da amostra (66,7%) já havia feito dietas anteriormente, destes 57,7% tiveram acompanhamento nutricional, 7,7% acompanhamento médico e 34,6%

não tiveram acompanhamento algum. Sentiram fome durante o tratamento 61,5% dos pacientes, porém 69,2% destes dizem que seus hábitos alimentares foram respeitados. Houve uma média de perda de peso e tempo de tratamento de 8,8 kg e 7,7 meses, respectivamente.

A pessoa com excesso de peso apresenta um sofrimento psicológico resultante do preconceito social e também das características do seu comportamento alimentar. Em vista disto, Oliveira et al. (2004) confirmaram a importância de um acompanhamento psicológico, até mesmo para tratar os pacientes portadores ou potencialmente sujeitos a distúrbios psicológicos graves, porém nenhum dos participantes teve acompanhamento psicológico. Sendo que destes pacientes que fizeram dietas restritivas, 5,3% (2) apresentaram diagnóstico médico de doenças de cunho psicológico, como ansiedade, fobia social e síndrome do pânico.

Em relação aos hábitos alimentares, em nosso estudo 69,2% (18) retornaram aos antigos hábitos após o término do tratamento para perda de peso. Justificou-se na bibliografia de Viana (2002), onde este ressaltou que diversos fatores psicológicos como falta de motivação, crenças e sentimentos de baixa autoeficácia, dificultam as mudanças no estilo de vida, como os hábitos alimentares.

A maioria da nossa amostra 76,9% (20) fez exercício físico durante o tratamento de perda de peso e após o término deste tratamento 46,2% (12) continuaram com o mesmo. A medicação praticamente não foi utilizada como parte do tratamento, somente 11,5% utilizou algum tipo de medicamento.

Também podemos constatar que a maioria das pessoas que apresentaram quadro de depressão procurou o exercício físico ( $p=0,018$ ) para auxiliar no tratamento de perda de peso e após a desistência do tratamento, o exercício permaneceu ( $p=0,052$ ). Sugere-se que este fato ocorreu, pois de acordo com Mello, Boscolo, Esteves e Tufik (2005), mesmo nos indivíduos diagnosticados clinicamente como depressivos, o exercício físico se mostrou eficaz na redução dos sintomas associados à depressão.

Os pacientes em que foi constatado algum grau de depressão faziam o uso de medicamentos que os auxilia-se na perda de peso ( $p=0,046$ ).

Analisando o Inventário Beck de Depressão, 61,5% (24) da amostra classificaram-se com depressão leve ou sem depressão, 20,5% depressão leve a moderada, 14,4% depressão moderada a grave e 2,6% depressão grave. Perez (2004) afirmou que a presença de depressão compreende uma grande dificuldade de adesão ao tratamento, entre outros motivos, porque os sentimentos de impotência e de fracasso que estão entre seus sintomas, resultam na desmotivação geral do autocuidado.

No Inventário Beck de Ansiedade 92,3% (36) classificou-se com baixa ansiedade e o restante ansiedade moderada.

A fim de verificar a relação entre depressão e adesão ao tratamento nutricional, realizou-se um cruzamento entre o Inventário Beck de Depressão e o questionário estruturado. O mesmo procedimento não foi efetuado também com o Inventário Beck de Ansiedade, pois somente 7,7% (3) dos pacientes apresentaram algum grau de ansiedade.

Neste cruzamento observou-se que a baixa autoestima ( $p=0,004$ ) e crises de humor depressivo ( $p=0,022$ ), características apresentadas por estes pacientes, podem ser a causa do comer compulsivo ( $p=0,017$ ), sendo este um dos fatores etiológicos da obesidade, que trouxe os pacientes ao ambulatório de nutrição para o tratamento do excesso de peso.

Na questão referente a pessoas importantes quando expõem opiniões sobre perda de peso, 46,2% (18) responderam ser os amigos, 15,4% (6) médicos, 53,8% (21) pais, 56,4% (22) cônjuge e 41% (16) nutricionistas. Referente a pessoas que não incentivariam o paciente a seguir dietas de perda de peso, os pais foram os mais relatados 15,4% (6), cônjuge 10,3% (4) e grande parte relataram que não tem alguém que não lhes incentivaria 56,4% (22). Entre as desvantagens em reduzir peso através de dietas, foram citadas controlar o apetite 35,9% (14), comer menos 10,3% (4), mudar hábitos 41% (16) e passar fome 15,4% (6).

Em relação aos parâmetros antropométricos da presente pesquisa verificou-se que as correlações entre IMC demonstraram que há uma correlação positiva e forte com CC ( $r=0,830$ ,  $p<0,001$ ), significativa e moderada com % de gordura ( $r=0,408$ ,  $p=0,010$ ) porém não significativo com RCQ ( $r=0,262$ ,  $p=0,108$ ).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em razão das correlações positivas encontradas na presente pesquisa, podemos sugerir sim que as causas de cunho psicológico interferem no desenvolvimento da obesidade, fica clara a importância de se considerar os fatores psicológicos envolvidos no tratamento de perda de peso. Sendo assim, é necessário o acompanhamento multidisciplinar a fim de expandir o conhecimento sobre o assunto, pois a diversidade de conhecimentos que estes trazem pode contribuir para uma melhor compreensão dos aspectos envolvidos a fim de auxiliar na prevenção e no tratamento do excesso de peso.

Os dados apresentados neste trabalho são ainda iniciais por ser uma amostra reduzida, merecendo assim mais estudos, em busca de conclusões acerca da dificuldade de perder peso e posteriormente mantê-lo.

## REFERÊNCIAS

- Assis, M.A., & Nahas, M.V. (1999). Aspectos Motivacionais em Programas de Comportamento Alimentar. *Revista de Nutrição*, 12, 1, 33-41.
- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N., & Steer, R.A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56:893-897.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio: Psychology Corporation.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Bernardi, F., Cichelero, C., & Vitolo, M.R. (2005). Comportamento de Restrição Alimentar e Obesidade. *Revista de Nutrição*, 18, 1, 85-93.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>.
- Cade, N.V., Borloti, E., Vieira, A.R., Perin, R., Silveira, K.A., Ferraz, L., & Bergamim, M.P. (2009). Efeitos de um treinamento em autocontrole, aplicado em obesos. *Cogitare Enfermagem*, 14, 1, 65-72.
- Cataneo, C., Carvalho, A.M.P. & Galindo E.M.C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: Maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 1, 39-46.
- Consenso Latino Americano de Obesidade. (1998). Disponível em: <<http://www.abeso.org.br>>.
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cuppari, L. (2005) *Guia de Nutrição: nutrição clínica no adulto*, (2ª ed.). Editora Manole.
- Farret, J.F. (2005). *Nutrição e doenças cardiovasculares: prevenção primária e secundária*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Gandini, R.C., Martins M.C., Ribeiro, M.P., & Santos, D.T. (2007). Inventário de Depressão de Beck – BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. *PsicoUSF*, 12, 1, 23-31.
- Hulley, S.B. (2008). *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre: Artmed.
- International Diabetes Federation. (2005). *The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome*. Brussels: IDF.
- Lima, L.P., & Sampaio, H.A.C. (2007). Caracterização sócio-econômica, antropométrica e alimentar de obesos graves. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12, 4.
- Mello, M.T., Boscolo, R.A., Esteves, A.M. & Tufik, S. (2005). O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 11(3): 203-207.
- Moore, M.C. (2002). *Nutrição e Dietoterapia*, (2ª ed). Rio de Janeiro: Editora Revinter.
- Naves, A., & Costa, L. T. (2006). Obesidade. *Nutrição: Saúde e Performance*, 7, 29, 36-43.
- Nunes, M. A., Appolinario, J.C., Galvão, A.N., & Coutinho, W. (2006). *Transtornos alimentares e obesidade*, (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, G. A., & Fonseca, P.N. (2006). A compulsão alimentar na recepção dos profissionais de saúde. *Psicologia Hospitalar*, 4, 2, 1-18. São Paulo.
- Oliveira, V.M., Linardi, R.C., & Azevedo, A.P. (2004). Cirurgia Bariátrica – Aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 31, 4, 199-201.
- Perez, G.H. (2004). Comportamento Alimentar e Síndrome Metabólica: aspectos psicológicos. *Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia*, 14, 4, 544-550.

- Petroski, E. L. (1995). *Desenvolvimento e validação de equações generalizadas para a estimativa de densidade corporal em adultos*. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Maria.
- Salve, M.G. (2006). Obesidade e peso corporal: riscos e consequências. *Movimento e Percepção*, 6, 8, São Paulo.
- Silva, J.S., & Oliveira, A.F. (2007). Evolução nutricional de adultos com excesso de peso acompanhados na clínica de nutrição da Faculdade Assis Gurgacz. Trabalho de conclusão.
- Souza, J.M., Castro, M.M., Maia, E.M., Ribeiro, A.N., Almondes, K.M., & Silva, N.G. (2005). Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. *Rev. Bras. Terapia Cognitiva*, 1, 1, 59-67.
- Suplicy, H. (2007). Tratamento não Farmacológico da Obesidade. *Revista Abeso*, n. 33.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 20, 4.
- Vitolo, M.R. (2008). *Nutrição: da gestação ao envelhecimento*. Rio de Janeiro: Ed. Rubio.
- Vitolo, M.R., Bortoline, G.A., & Horta, R.L. (2006). Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. *Revista de Psiquiatria*, 28, 21, Porto Alegre.
- Zanella, M.T. (2005). *Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade*, (1ª ed.). Barueri, SP: Manole.

Recebido em: 21/09/2009. Aceito em: 10/03/2010.

**Autores:**

Morgana Rafaela Saueressig – Acadêmica do Curso de Nutrição do Centro Universitário Univates de Lajeado, RS.

Kally Janaina Berleze – Nutricionista (CRN2: 5473). Mestre em Ciências Biológicas: Bioquímica (UFRGS). Professora do Centro Universitário Univates e da Faculdade Cenecista de Bento Gonçalves, RS, Brasil.

**Enviar correspondência para:**

Morgana Rafaela Saueressig  
Rua Cerro Azul, 940 – Bairro Pinheiros  
CEP 95880-000, Estrela, RS, Brasil  
E-mail: <morgui@universo.univates.br>