

**TRATAMENTO NUTRICIONAL PARA REDUÇÃO DE PESO:  
ASPECTOS SUBJETIVOS DO PROCESSO**Roberta Lamonatto Taglietti<sup>1</sup>, Sandra Bucco Riepe<sup>1</sup>  
Talita Brugnera Maronezi<sup>1</sup>, Carla Rosane Paz Arruda Teo<sup>1</sup>**RESUMO**

**Introdução:** Conceitualmente, a obesidade é uma doença não transmissível, multifatorial e complexa, que engloba fatores genéticos, ambientais, emocionais e estilos de vida. **Objetivo:** Descrever os aspectos subjetivos do tratamento para redução de peso em pacientes atendidos em um Ambulatório de Nutrição. **Materiais e Métodos:** Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Oito pacientes adultos com diagnóstico de sobrepeso e obesidade em tratamento nutricional para redução de peso participaram do estudo. O instrumento para coleta de dados utilizado foi uma entrevista semiestruturada, e as informações foram submetidas à análise de conteúdo temática. **Resultados e Discussão:** Destaca-se que os pacientes indicam que a busca pelo tratamento nutricional se deve, principalmente, a fatores associados com a autoestima, aspectos estéticos e dificuldades de locomoção. Embora alguns participantes associem a redução de peso com a melhora de suas condições de saúde, o que mais os motiva a prosseguir com o tratamento nutricional é a redução de medidas corporais. Esta busca pela redução de peso rápida é o que os incentiva a utilizar dietas restritivas e medicações como estratégias para emagrecimento. Os pacientes referem, ainda, que apoio familiar, diálogo e atitude de compreensão do profissional que o acompanha no tratamento são essenciais neste processo. **Conclusões:** A redução de peso envolve uma série de elementos subjetivos que configuram o tratamento da obesidade como um desafio para os profissionais de saúde, pois requer ações interdisciplinares e multiprofissionais.

**Palavras-chave:** Dietoterapia. Obesidade. Saúde.

1-Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Chapecó-SC, Brasil.

**ABSTRACT**

**Nutritional treatment for weight reduction: subjective aspects of the process**

**Introduction:** Conceptually, obesity is a non-transferable, multifactorial and complex disease that involves genetic, environmental, emotional factors and lifestyles. **Aim:** To describe the subjective aspects of weight reduction treatment in patients treated at an outpatient clinic of Nutrition. **Methods and Methods:** A descriptive exploratory study with a qualitative approach. Eight adult patients with overweight and obesity in nutritional treatment for weight reduction participated in the study. The data collection tool used was a semi-structured interview and the information was submitted to thematic content analysis. **Results and discussion:** It should be noted that patients indicate that the search for nutritional treatment is mainly due to factors associated with self-esteem, aesthetic aspects and locomotion difficulties. Although some participants point a relation between weight reduction and the improvement in health conditions, the main aspect that motivates them to continue the nutritional treatment is the reduction of body measures. This quest for quick weight reduction is what encourages them to use restrictive diets and medications as strategies for weight loss. Patients also report that family support, dialogue and understanding attitude of the professional who accompanies the treatment are essential in this process. **Conclusions:** The weight reduction involves many subjective elements that constitute the treatment of obesity as a challenge to health professionals because it requires interdisciplinary and multidisciplinary actions.

**Key words:** Diet Therapy. Obesity. Health

E-mails dos autores:  
rotagli@unochapeco.edu.br  
sandrab.riepe@hotmail.com  
talitabmaronezi@hotmail.com  
carlateo@unochapeco.edu.br

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis têm se apresentado como um desafio para a saúde pública.

O complexo perfil nutricional que se apresenta no Brasil, indica a necessidade de um modelo de atenção à saúde que combine ações de promoção, prevenção e tratamento de doenças crônicas.

Neste cenário, é importante destacar a obesidade, pois ela se caracteriza como uma doença e fator de risco para outras doenças crônicas como hipertensão e diabetes (Ministério da Saúde, 2014).

Além disso, é uma das principais causas de óbitos em adultos (Ministério da Saúde, 2006).

Conceitualmente, a obesidade pode ser caracterizada como uma doença não transmissível, multifatorial e complexa, que engloba fatores genéticos, ambientais, emocionais e estilos de vida (ABESO, 2016).

Nos últimos 30 anos, a prevalência de sobrepeso e obesidade vem aumentando significativamente no Brasil.

De acordo com os dados da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), 18,9% dos brasileiros são obesos e 53,9% da população está acima do peso (Ministério da Saúde, 2016).

Considerando a complexidade da etiologia da obesidade, o tratamento torna-se algo complexo e multidisciplinar (ABESO, 2016).

O tratamento dietético associado à atividade física é uma das formas de tratamento para a obesidade bastante efetivas, pois promove redução e manutenção do peso, por meio de alterações nos hábitos alimentares ligadas a uma mudança mais profunda – no estilo de vida (Ministério da Saúde, 2006).

No entanto, para realizar tratamento dietoterápico, é importante conhecer o contexto sociocultural, a história de vida do sujeito e associá-los ao saber científico do profissional da saúde, para que ele possa contribuir na condução do processo terapêutico (Vieira e Turato, 2010).

A prescrição dietoterápica deve olhar para além da quantidade de calorias, ou seja, precisa considerar as preferências alimentares, aspectos financeiros, estilo de

vida e necessidades nutricionais (ABESO, 2016).

Neste sentido, a atuação do profissional nutricionista não deve ficar restrita às atividades da área de alimentação e nutrição, é preciso integrar diferentes saberes da equipe envolvida no tratamento da obesidade, de forma a atender integralmente o usuário em sua complexidade e especificidades (Ministério da Saúde, 2014).

O cuidado com a conduta dietoterápica é aspecto fundamental para a adesão ao tratamento. Para Gusmão e Mion (2006), a adesão ao tratamento é um fenômeno multidimensional, no qual os fatores relacionados ao paciente são apenas um dos determinantes.

Atualmente, considera-se, em geral, que os indivíduos não estão prontos para a ação (mudança de comportamento), pressuposto que tem se mostrado insustentável na maioria das situações.

Na visão do paciente obeso, o tratamento nutricional é um sacrifício necessário e do qual se torna vítima; a aceitação do tratamento implica um trabalho de conscientização e reeducação, diante do qual sua atitude ainda é passiva (Cataneo, Carvalho e Galindo, 2005).

Condutas dietéticas seguidas por longos períodos e que interferem em outros aspectos da vida da pessoa, assim como práticas profissionais prescritivas que desconsideram singularidades do paciente, seus gostos e aversões alimentares, possuem níveis mais baixos de adesão (Oliveira e colaboradores, 2008).

Outro fator implicado com a baixa adesão ao tratamento dietético é o desconforto do paciente durante a consulta frente a posturas profissionais autoritárias e distantes, que ignoram o sujeito, sua história e suas crenças (Freitas, Minayo e Fontes, 2011).

Diante disso, o objetivo deste trabalho é descrever os aspectos subjetivos do tratamento para redução de peso.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Foi desenvolvido um estudo exploratório-descritivo de natureza qualitativa. A população de estudo foi formada por pacientes em tratamento nutricional para redução de peso. Participaram da pesquisa indivíduos adultos com diagnóstico de

sobrepeso/obesidade em tratamento nutricional para redução de peso e que não foram submetidos a procedimento cirúrgico para emagrecimento.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas elaboradas pelas próprias pesquisadoras. A entrevistada investigava quais as motivações para buscar o profissional Nutricionista, sua percepção sobre a adesão e principais dificuldades no tratamento, experiências progressas com tratamentos para emagrecimento e com profissionais de saúde.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, sendo os dados obtidos submetidos à análise de conteúdo temática, de forma a evidenciar os núcleos de sentidos que caracterizam a lógica interna do grupo (Minayo, 2010).

O projeto que deu origem a este trabalho foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 972.982 /2015), tendo sido rigorosamente respeitados todos os princípios éticos vigentes da pesquisa envolvendo seres humanos. Para assegurar o anonimato das participantes, utilizou-se o recurso de identificá-las pelo número sequencial da entrevista. Após amplo esclarecimento sobre os objetivos e procedimentos de pesquisa, os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Uso de Voz, ambos emitidos em duas vias, ficando uma de posse da pesquisadora e outra com os participantes da pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de caracterizar o grupo de participantes deste estudo, é importante destacar que todos são do sexo feminino, com idade entre 18-59 anos e com IMC médio de 35,99Kg/m<sup>2</sup>. Quanto à escolaridade, três possuem ensino superior incompleto, dois têm ensino médio completo, um o ensino fundamental completo e dois o ensino fundamental incompleto.

A seguir, a partir da análise de conteúdo temática, são apresentadas informações que se referem aos aspectos subjetivos do tratamento para redução de peso.

Inicialmente, nas falas dos participantes, foi possível identificar que, para a maioria, a melhora nas condições de saúde

não é o único motivo que os levou a procurar auxílio profissional para redução de peso. Fica evidente que fatores relativos à autoestima e estética corporal foram estímulos importantes para buscar ajuda técnica no processo de emagrecimento. Os participantes deste estudo expõem estes motivos quando questionados sobre como se sentem em relação ao seu peso atual.

“Depois que eu engordei, me sinto cansada, sinto que não fico bem gorda, aí eu quero emagrecer, perder o que está sobrando. Ter uma roupa que a gente quer, e não serve, a gente não se sente bem.” (Entrevistada 5);

“Na verdade não me sinto muito bem, porque querendo ou não, tem a questão da autoestima [...].” (Entrevistada 8);

“Sinto dificuldades para caminhar, lavar uma calçada, amarrar o tênis, subir uma escada. É bastante complicado.” (Entrevistada 4);

“Me sinto mal, me sinto péssima, me sinto horrível, horrível.” (Entrevista 3);

“Acho que eu tenho que emagrecer, por causa de alguns problemas que eu tenho, pra melhorar a saúde.” (Entrevistada 2).

A obesidade motiva uma sobrecarga psicológica negativa, implicando uma percepção ruim em relação à saúde e à vida. Esta doença crônica, em muitos casos, está associada a sentimentos negativos, como insatisfação, perda da autoestima, depressão e medos (Santos, Pasquali e Marcon, 2012).

Estudo que objetivou compreender como os imperativos de estética interferem na constituição da imagem corporal de homens e mulheres obesos mórbidos identificou, nas falas dos participantes, insatisfação com o próprio corpo, em cujas formas não percebem beleza. Muitos deles expressam ainda mais essa insatisfação quando fazem comparações com o corpo da moda, reforçando que o cenário atual impõe características físicas que, predominantemente, são incompatíveis com a maior parte dos indivíduos (Marcuzzo, Pich e Dittrich, 2012).

Além disso, fica claro o valor que o paciente atribui à redução de peso e medidas identificadas em equipamentos de aferição. Apesar de alguns participantes considerarem a redução de peso e medidas como aspecto importante para melhorar sua saúde e qualidade de vida, outros parecem se limitar a focar apenas a quantidade de peso reduzido.

“Sempre quis perder peso. Nos últimos anos eu engordei bastante e queria reduzir. Mas aqui é uma oportunidade que a gente tem de perder peso com saúde.” (Entrevistada 8);

“Quero chegar ao meu peso ideal. Ai, cada vez que eu subo na balança e vejo que eu tô perdendo peso, isso me motiva, fico contente comigo mesma.” (Entrevistada 1);

“O objetivo que eu tenho, que eu quero, é emagrecer, preciso emagrecer, quero emagrecer.” (Entrevistada 4);

“Eu tenho que perder peso. Quanto mais magra eu ficar melhor, por causa do problema de coluna, esse peso me judia muito. Talvez essa dor que eu tenho é por causa do peso. Nos exames que eu fiz, mostra a importância disso.” (Entrevistada 7).

É necessário destacar que a redução de peso precisa ser associada à melhora da qualidade de vida e saúde, pois o peso reduzido, em muitas situações, é pouco significativo aos olhos do paciente, mas modifica significativamente aspectos endócrinos da obesidade, que não são percebidos na balança, no espelho ou em medidas antropométricas. É difícil motivar o paciente com estes argumentos, mas ele deve ser conscientizado sobre estes aspectos, já que eles podem se constituir em motivadores para a adesão ao processo de reeducação alimentar.

Em um estudo desenvolvido com pacientes que apresentavam obesidade e depressão, observou-se que os participantes referiam sofrimento físico, emocional e insatisfação com a imagem corporal, percepções que foram associadas à manutenção da condição de obesidade por imobilizarem o indivíduo diante de possibilidades de tratamento.

Além disso, os participantes reconheceram possuir hábitos alimentares inapropriados, revelaram um desejo de mudança, mas indicaram, como dificultadores, o desânimo, a falta de motivação e a consequente desistência. Neste contexto, a atenção nutricional – que se pretenda bem-sucedida – não pode ser realizada isoladamente de outras áreas da saúde, haja vista que, sozinha, não parece ser suficiente para promover as mudanças necessárias no tratamento da obesidade (Moraes, Almeida e Souza, 2013).

O desconhecimento dietético por parte dos pacientes desencadeia uma cascata de eventos que incluem o não emagrecer por não mudar hábitos alimentares; com isso, o paciente não se aproxima do corpo idealizado, gerando-se um processo depressivo que pode estimular o aumento da ingestão alimentar e o agravamento da obesidade. Neste ponto, cabe ao nutricionista não apenas orientar a dieta com vistas à perda de peso, mas também explorar a perspectiva de que os cuidados com a alimentação almejam a produção de saúde. A saúde do corpo deve ser priorizada muito antes da busca de um corpo ideal (Kanno e colaboradores, 2008).

O sentimento individual, a forma como cada indivíduo consegue lidar com suas emoções, pode influenciar na adesão ou aceitação do tratamento dietoterápico. Os sentimentos de motivação ou frustração emergem das falas dos participantes como aspectos determinantes na mudança de hábitos e estilo de vida, podendo ser desencadeados por conquistas próprias e pelas relações estabelecidas com o profissional.

“Hoje eu consegui perder 4Kg, as medidas do quadril tão na mesma [...], mas o bom é que se manteve, não aumentou. [...] isso me motiva bastante a continuar, pois é o que eu quero.” (Entrevistada 1);

“[...] no outro tratamento o profissional xingava quando eu não atingia as metas, daí desmotiva, dá uma raiva e você chega em casa e come. [...]” (entrevistada 4).

Nesta direção, um estudo acerca das percepções de pacientes e profissionais da saúde sobre o “ser obeso” indicou que o comer é simbolizado como alívio para as dificuldades diárias, e que os obesos se percebem com várias dificuldades e limitações no cotidiano. Esta concepção pode interferir positiva ou negativamente no tratamento da obesidade e, ao evidenciar a multidimensionalidade do “ser obeso”, reforça a pertinência de que o tratamento seja conduzido por meio de ações multidisciplinares em uma abordagem interdisciplinar (Grejanin e colaboradores, 2007).

É importante lembrar que, ao discutir, receber ou tratar o sobrepeso e a obesidade, está se lidando com uma doença crônica que, normalmente, acompanha o sujeito já por

algum tempo e que ele carrega consigo experiências de tratamentos anteriores. As memórias que o paciente registra dessas experiências podem, de certa forma, determinar o sucesso do tratamento dietético.

“Eu sempre tive medo que, por que eu não sei, assim, vai que me julguem ou falem alguma coisa, eu sempre fiquei com medo disso sabe, só que daí eu vim e eu me senti bem ali. Elas pediram o que eu queria pra mim e eu disse que eu queria perder peso e elas me explicaram que se eu seguir, se eu fazer o que elas me passam eu vou perder peso e isso me motiva. Elas fazem eu me sentir bem, tiram as minhas dúvidas, é bem tranquilo. Eu pergunto e elas me explicam, se eu posso comer algumas coisas e elas explicam. Nas outras que eu havia ido, foi bem traumatizante, em uma eu fui na primeira consulta e ela me pesou, mediu e me passou uma dieta pra mim seguir e era para voltar lá depois de tantos dias. Ai eu voltei lá e ai ela nossa, ela me falava, que eu era meio criança, ela xingava, e eu fiquei com muito trauma, não queria mais nem passar na frente do lugar. Aí eu não quis mais ir, eu fiquei com raiva.” (Entrevistada 1);

“No outro tratamento o profissional xingava quando não atingia as metas. Daí desmotiva, dá uma raiva e chega em casa e come, vai e come, e já que eu engordei vou comer uma bacia de batata frita, ai se vai o esforço que tinha feito.” (Entrevistada 4).

Diante destes relatos, é importante retomar a discussão de que, ao consultar um profissional, o paciente procura mais do que alguém que planeje a sua alimentação diária. Muitas vezes, ele espera ter um espaço para diálogo e busca alguém que possa lhe apoiar no processo. Esta dificuldade de escuta, que as falas apresentadas ilustram, parece representar um obstáculo no tratamento nutricional, talvez dos mais relevantes.

Esta pesquisa demonstra que há uma série de elementos que o profissional precisa considerar em sua prática cotidiana, para que o paciente reduza as suas resistências às mudanças de hábitos. É importante que se estabeleça uma relação de confiança para que se obtenha sucesso no tratamento. É preciso fazer um movimento de encontro do outro, de reconhecer realmente suas necessidades, que ultrapassam o emagrecimento e o planejamento de uma dieta.

“Eu gostei do atendimento. Eu acho que poderiam ter perguntado um pouco mais sobre os meus horários, porque eu trabalho e estudo de noite, por exemplo na pratica dos exercícios físicos, faltou ideia, sugestão.” (Entrevistada 8);

“Não falaram quantos quilos eu teria que eliminar, ou a minha meta, eu não tinha uma meta, só que eu tinha que emagrecer tanto, mas não que era tanto em tantos meses. Não me deram motivação nenhuma. Até comentei que não tinha conseguido fazer atividade física, não me incentivaram nada, mas nada mesmo, acabou o roteiro e acabou, não fizeram mais nada.” (Entrevistada 3).

Para as entrevistadas quatro e cinco, a receptividade e o cuidado com o paciente parecem ter sido estímulos para aderir e aceitar o tratamento.

“Bem tranquilo, perguntou o que eu tinha de dúvidas. Elas fizeram uns testes bem legais que eu nunca tinha feito e isso incentiva a gente.” (Entrevistada 4);

“Ela (Nutricionista) é muito querida, é bem compreensiva, atenciosa, explica bem, não deixa nada de dúvida.” (Entrevistada 5).

O atendimento à pessoa com excesso de peso precisa vir na ótica da integralidade, entendendo a complexidade das doenças crônicas e propondo estratégias que minimizem o sofrimento psicossocial por que passam estes indivíduos. Para isso, é preciso que a escuta seja ampliada, ao ponto de identificar sentimentos, desejos e percepções, o que será subsídio para o enfrentamento do problema vivido (Macedo e colaboradores, 2015). Além disso, o profissional precisa abordar práticas que relacionem aspectos que ultrapassam o biológico (Cardoso e Costa, 2013).

Na discussão sobre a relação estabelecida entre profissional e paciente, para além da confiança recíproca, é fundamental que o paciente compreenda o sucesso do tratamento como resultado de um esforço conjunto entre ele e o profissional. Esta responsabilidade compartilhada favorece o processo de reeducação alimentar, objetivo principal do tratamento nutricional para redução de peso.

“Eu me sinto um pouco frustrada, porque não consegui alcançar a meta, porque pelo

plano, pela dieta montada, talvez eu até conseguiria atingir, sabe? Não 100%, mas é que dependia um pouco de mim, também, na questão de fazer exercício físico, beber mais água.” (Entrevistada 8); “Ela espera que eu perca peso e eu espero que ela (Nutricionista) me ajude, me motive [...].” (Entrevistada 1); “Acho que quando não se atinge as metas, o profissional tem que pensar, sei lá, mudar a alimentação. É complicado, porque acho que a parte dele ele fez, agora vai de mim, de querer mudar minha alimentação por que ele já me passou um plano alimentar.” (Entrevistada 1)

Para que sejam superadas as abordagens verticalizadas e prescritivas do tratamento dietético, construindo-se relações de confiança entre profissional e paciente e assumindo-se responsabilidades compartilhadas, é essencial ponderar sobre o papel do Nutricionista neste processo. Quando o discurso do profissional desconsidera a fala do paciente, sua visão de mundo, realidade e crenças, cria-se um contexto em que o profissional parece conhecer mais sobre o corpo do indivíduo do que ele próprio e, portanto, seu saber sobre o que é melhor para aquela pessoa parece ser mais importante e apropriado, distanciando o paciente no processo relacional (Oliveira e colaboradores, 2008). Quando as relações são estabelecidas nesta perspectiva, o paciente assume postura passiva e a dieta passa a representar uma imposição, assemelhando-se a uma prescrição medicamentosa.

Por outro lado, o cuidado nutricional tende a ser mais efetivo quando permeado por um discurso mais humano entre paciente e profissional. Nesta lógica, um tratamento dietético humanizado e integral pode ser favorecido em situações em que o Nutricionista assume atitude de escuta do outro, abrindo possibilidades para uma prática profissional que se realiza como encontro e se traduz como cuidado (Bernardes e Quinhones, 2009 e Diez e Dalla, 2016).

Assim, a consulta nutricional passa a se configurar como lugar e tempo de encontro entre humanos, que se reconhecem a partir das suas diferenças, mas que estão comprometidos com a construção conjunta de um planejamento alimentar que considere não o saber do profissional, apenas, mas que se funde neste saber e tenha no horizonte as

expectativas, possibilidades e limitações do paciente em seu contexto de vida.

Ao não se ter em conta estas limitações e as possibilidades reais do paciente, nos diferentes momentos do processo de reeducação alimentar, a adesão ao tratamento nutricional pode ser dificultada por alguns fatores que se apresentam como privações para o indivíduo e que requerem ajustes no estilo de vida. Os participantes desta pesquisa destacam, como um dos principais obstáculos a serem enfrentados, a alimentação em família.

“É terrível, minha mãe é uma tentação em fazer comidas, sempre fazendo coisas diferentes, tem bolo, bolacha e se não como, ela fica magoada.” (Entrevistada 3);

“O meu marido não segue a minha dieta, até se a comida não tá muito boa de sal, ele coloca mais sal, mas ele é magro não sei porque. Seria mais fácil se ele fizesse junto, mas eu daí eu como menos, eu não vou fazer uma comida separada só pra mim, daí eu como menos.” (Entrevistada 7);

“Eu não moro sozinha, daí fica mais difícil, por que se fosse, que eu morasse sozinha, eu ia fazer a minha alimentação e ia comer, mas não a minha família, a minha mãe, meu padrasto, meu irmão, são outras pessoas, então a minha mãe vai fazer alimentos pra todo mundo e fica bem complicado, por que eles não tão querendo fazer uma reeducação alimentar, a comida deles é totalmente diferente, por mais que eles precisem, mas eles não querem, então eu não posso obrigar eles a fazerem junto comigo. Assim ver eles comendo aquilo e eu ter que comer outras coisas é muito complicado.” (Entrevistada 1).

O processo que envolve a redução de peso é complexo e rodeado de sentimentos e questões que ultrapassam o nível do planejamento alimentar, propriamente dito. Para o estudo sobre a adesão ao tratamento para a perda de peso, realizado com pacientes adultos de uma clínica de nutrição particular na cidade de Maringá-PR, os maiores obstáculos apontados foram a dificuldade de realização do plano alimentar nos finais de semana, festas e ocasiões sociais, a falta de compreensão das orientações nutricionais, as mudanças drásticas dos hábitos alimentares, os resultados lentos e a ansiedade. Neste estudo, as maiores perdas de peso foram encontradas em associação com as variáveis

estado civil casado e estímulo da família e de amigos como fatores motivadores (Koehnlein, Salado e Yamada, 2008).

Esses achados corroboram a importância da criação de vínculo com o obeso e também com sua família, pois ela surge como fonte essencial de apoio no processo de reeducação alimentar.

Além disso, o profissional também precisa se apropriar das condições socioeconômicas e culturais dos pacientes, visto que a não leitura deste aspecto pode prejudicar a adesão ao tratamento (Grejanin e colaboradores, 2007). O profissional de saúde precisa estar ciente da dimensão que as influências familiares assumem nesta dinâmica, e que elas podem ser tanto positivas quanto negativas (Brasil, 2014).

Emerge desta pesquisa que o caminho para perder peso ou chegar ao peso almejado é um trajeto longo e muitas vezes árduo, considerando as renúncias que precisam ser feitas a hábitos cristalizados e incentivados, ainda que indiretamente, pelo modo de vida contemporâneo.

Assim, estratégias que resultam em perda de peso rápida são utilizadas pelos pacientes, mesmo reconhecendo que estes métodos não promovem mudanças duradouras de hábitos alimentares e estilo de vida, aspectos fundamentais na redução e manutenção de peso.

“Tem aquelas que são milagrosas, que em cinco dias perde muitos quilos. Eu acho que não existe, tanto que eu estou há um mês na academia, cuidando da alimentação e não é fácil perder peso, é bem complicado, tudo precisa de controle, até essas dietas loucas.” (Entrevistada 1);

“Já fiz à base de remédios e emagreci bastante, mas depois quando parei, voltei além do que estava, não vale à pena.” (Entrevistado 2);

“Eu acho que essas dietas não resolvem, por que na verdade, elas vão dar um efeito momentâneo, por alguns meses, mas depois vai ser pior. Já fiz a de comer uma fruta por dia, beber bastante água e ficar só nisso, mas depois é pior, volta tudo.” (Entrevistada 8);

“Eu já fiz de tudo, já tomei uns trinta remédios pra emagrecer, ainda estou tomando uns chás, estou lá com uns 10, 15 chás tomando. O que tu possas imaginar eu já tomei pra emagrecer. Você até emagrece, mas depois volta tudo de novo.” (Entrevistada 3).

Estas tentativas relatadas reafirmam que o peso no processo de emagrecimento ganha um valor para além do necessário. O paciente e o profissional precisam compreender que este processo envolve mudanças importantes de hábitos que são permanentes, ou seja, não serão mantidas apenas durante o tratamento, mas incorporadas à rotina diária.

Cavalcanti e colaboradores (2007), em estudo realizado com 41 pacientes obesos com idade mínima de 18 anos em tratamento dietoterápico, ressaltaram que não basta ter força de vontade, é fundamental que ocorra a apropriação, a modificação das condições de vida e a construção de habilidades de autocontrole, para se atingir sucesso no tratamento da obesidade.

Estudo realizado com indivíduos adultos de uma clínica de nutrição particular indicou que os pacientes almejam uma mudança de comportamento alimentar por tempo determinado e com resultados rápidos. Entretanto, os novos hábitos alimentares precisam ser incorporados ao cotidiano e não apenas modificados por um período de tempo delimitado.

Neste sentido, a educação alimentar e nutricional precisa abrir esta discussão com o objetivo de contribuir para a compreensão da necessidade e importância destas mudanças (Koehnlein, Salado e Yamada, 2008).

Atualmente, vivencia-se uma busca desenfreada por medidas que adequem o peso do indivíduo ao perfil socialmente aceito, mas estas medidas podem representar exposição a riscos em saúde. As mulheres são o grupo mais vulnerável neste contexto e, mesmo apresentando peso ideal, é usual que estejam insatisfeitas. Este cenário é que estimula os indivíduos a buscarem por alternativas que os auxiliem na adequação à imagem corporal idealizada. O binômio reeducação alimentar e exercício físico é considerada, ainda, a alternativa mais efetiva, embora apresente baixa adesão por proporcionar resultados a longo prazo, o que motiva a busca por métodos mais rápidos, como uso de medicação (Soares e colaboradores, 2011).

Uma investigação qualitativa exploratória, visando compreender percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias de um Centro de Saúde da Família,

também identificou que o trajeto percorrido em direção ao emagrecimento transita entre tratamento com profissionais de saúde e uso de medicamentos, tratamento sem auxílio profissional e com utilização de dietas indicadas por amigas ou divulgadas na mídia (Pinto e Bosi, 2010).

## CONCLUSÕES

O hábito alimentar da população brasileira, aliado ao sedentarismo, é a principal causa da obesidade no país.

Nesta lógica, o tratamento parece ser simples, entretanto, considerando os resultados desta pesquisa, é possível iniciar uma discussão sobre os determinantes dos hábitos e dos estilos de vida, assim como sobre os sentimentos envolvidos nas escolhas alimentares, as mudanças e renúncias que o tratamento para redução de peso exige.

Neste sentido, a reeducação alimentar, objetivo principal no tratamento para redução de peso, tem se mostrado um processo complexo e permeado por dificuldades que extrapolam os limites do consumo alimentar e que remetem a questões sociais, emocionais e de relações interpessoais.

Esta complexidade é coerente com o conceito de obesidade, que a caracteriza como doença de etiologia multifatorial.

Com base nesta análise, o tratamento da obesidade se torna um desafio para os profissionais de saúde, e não apenas para o Nutricionista, pois este processo requer ações interdisciplinares e multiprofissionais, sugerindo um estudo mais aprofundado da rede de apoio no tratamento da obesidade.

Além disso, os profissionais precisam ser porta-vozes de hábitos que promovam saúde, mas também de palavras de incentivo e compreensão.

## Conflito de interesses

Declaramos não haver conflito de interesses.

## REFERÊNCIAS

1-ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 4ª edição. São Paulo. Associação

Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 2016. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>>

2-Bernardes, A.G.; Quinhones, D.G. Práticas de cuidado e produção de saúde: formas de governamentalidade e alteridade. *Psico*. Vol. 40. Núm. 2. 2009. p. 153-161.

3-Cardoso, C.M.C.; Costa, A.L.C. O peso de viver em um corpo obeso. *Revista Mineira de Enfermagem*. Vol. 17. Núm. 4. 2013. p. 806-814.

4-Cataneo, C.; Carvalho, A.M.P.; Galindo, E.M.C. Obesidade e aspectos psicológicos: Maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Vol. 18. Núm. 1. 2005. p. 39-46.

5-Cavalcanti, A.P.R.; e colaboradores. Crenças e influências sobre dietas de emagrecimento entre obesos de baixa renda. *Ciência e saúde coletiva*. Vol. 12. Núm. 6. 2007. p. 1567-1574.

6-Diez, C.L.F.; Dalla, C.W. Mediação educativa e alteridade. *Conjectura: Filosofia e Educação*. Vol. 21. Núm. 1. 2016. p. 182-199.

7-Freitas, M.C.S; Minayo, M.C.S; Fontes G.A.V. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 16. Núm. 1. 2011. p. 31-38.

8-Grejanin, D.K.M.; e colaboradores. As percepções sobre o “ser obeso” sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. Vol. 17. Núm. 3. 2007. p. 37-47.

9-Gusmão, J. L; Mion, J. R. D. Adesão ao tratamento-conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*. Vol. 13. Núm. 1. 2006. p. 23-25.

10-Kanno, P.; e colaboradores. A Discrepâncias na imagem corporal e na dieta de obesos. *Revista de Nutrição*. Vol. 21. Núm. 4. 2008. p. 423-430.

11-Koehnlein, E.A.; Salado, G.A.; Yamada, A.N. Adesão à reeducação alimentar para

# Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

## ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

[www.ibpex.com.br](http://www.ibpex.com.br) - [www.rbone.com.br](http://www.rbone.com.br)

perda de peso: determinantes, resultados e a percepção do paciente. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*. Vol. 23. Núm. 1. 2008. p. 56-65.

12-Macedo, T.T.S.; e colaboradores. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. *Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro. Vol. 19. Núm.3. 2015. p. 505-510.

13-Marcuzzo, M.; Pich, S.; Dittrich, M.G. A construção da imagem corporal de sujeitos obesos e sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal. *Botucatu Interface*. Vol. 16. Núm. 43. 2012. p. 943-954.

14-Minayo, M.C.S. Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo. Hucitec. 2010. p. 407

15-Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

16-Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n.12).

17-Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

18-Moraes, A.L.; Almeida, E.C.; 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. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 23. Núm. 2. 2013. p. 553-572.

19-Oliveira, J.A.N.; Barreto, J.D.; Mello, A.O.; Freitas, M.C.S.; Fontes, G.A.V. Percepção dos obesos sobre o discurso do nutricionista. Salvador. IN Freitas, M.C.S.; Fontes, G.A.V.; Oliveira, N. (orgs). *Escritas e narrativas sobre*

*alimentação e cultura*. Salvador. EDUFBA. 2008.

20-Pinto, M.S.; Bosi, M.L.M. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 20. Núm. 2. 2010. p. 443-457.

21-Santos, A.L.; Pasquali, R.; Marcon, S.S. Sentimentos e vivências de obesos participantes em grupo de apoio: estudo exploratório. *Online Brazilian Journal of Nursing*. Vol. 11. Núm. 1. 2012. p. 3-10.

22-Soares, V.C.G.; e colaboradores. Autoimagem corporal associada ao uso de sibutramina. *Journal of the Health Sciences Institute*. Vol. 29. Núm. 1. 2011. p. 45-51.

23-Vieira, C.M; Turato. E.R. Percepções de pacientes sobre alimentação no seu processo de adoecimento crônico por síndrome metabólica: um estudo qualitativo. *Revista de Nutrição*. Vol. 23. Núm. 3. 2010. p. 425-432.

Recebido para publicação em 03/07/2017  
Aceito em 29/08/2017