



Barreiras ao cumprimento de um plano alimentar: o que mudou

Barriers to a diet plan compliance: what has changed

Sandra Sofia Serra Gonçalves

Orientado por: Dr.^a Sílvia Pinhão

Tipo de documento: Trabalho de Investigação

Ciclo de estudos: 1.º Ciclo em Ciências da Nutrição

**Instituição académica: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da
Universidade do Porto**

Porto, 2012

Resumo

Introdução: O tratamento da obesidade encontra-se associado a um enorme insucesso, sendo fundamental compreender as razões que tornam difícil a adesão à terapêutica para desenvolver medidas que possam mudar essa tendência.

Objetivos: Avaliar a dificuldade no cumprimento de um plano alimentar e respetivo grau; identificar as barreiras que impedem o cumprimento; distinguir o “padrão” de doentes que mais dificuldades poderão ter.

População e métodos: Avaliaram-se 113 mulheres com excesso de peso/obesidade, seguidas em consultas de nutrição. Recolheram-se dados sociodemográficos e antropométricos, questionou-se sobre a existência de dificuldade no cumprimento do plano e o respetivo grau e solicitou-se a identificação das barreiras selecionadas numa lista de 34 afirmações.

Resultados: A amostra tem uma idade média de 40 anos e em média tem obesidade de Grau I. A maioria das doentes afirma sentir dificuldades, sendo os graus 2 e 3 mais comuns. As barreiras mais escolhidas revelam que fatores psicológicos, seguidos das propriedades sensoriais serão os principais obstáculos e as menos indicadas relacionam-se com falta de informação. Entre quem escolhe ou não uma barreira, verificamos que as mulheres menos escolarizadas e mais velhas indicam mais afirmações relativas às propriedades sensoriais e as com um maior IMC e que desejam perder mais peso escolhem mais frequentemente fatores psicológicos.

Discussão: O suporte social, o estado emocional, a motivação e as propriedades sensoriais dos alimentos podem constituir barreiras ao cumprimento de um plano alimentar, parecendo importante tê-las em conta no estabelecimento da terapêutica, para que se consiga atingir o sucesso no tratamento da obesidade.

Palavras-Chave: Obesidade, tratamento dietético, obstáculos.



Abstract

Introduction: Obesity treatment is associated with an enormous failure, so it is essential to understand the reasons why therapy compliance is so difficult in order to develop measures that could change this trend.

Objectives: To evaluate the difficulty in diet plan compliance and respective degree; to identify the treatment compliance barriers; to distinguish the "standard" patient with most difficulties.

Participants and methods: We evaluated 113 women with overweight / obesity, followed in nutrition consultations. We collected demographic and anthropometric data, patients were questioned about their difficulties in fulfilling the plan and its respective degree and they were asked to identify barriers in a selected list of 34 statements.

Results: The sample shows an average age of 40 years with an average degree of Grade I obesity. Most patients claim they have difficulties, grade 2 and 3 being the most common. The most often chosen barriers show that psychological factors, followed by sensory properties are the main obstacles. The less chosen barriers relate to a lack of information. Among those who choose or not a barrier, we found that less educated and older women chose more often sensory properties and those with a higher BMI and who wish to lose more weight chose more often psychological factors.

Discussion: Social support, emotional state, motivation and sensory properties of foods may constitute barriers to diet plan compliance. It seems important to take them into account when you make therapeutic choices, in order to achieve success in treatment of obesity.

Keywords: Obesity, Obesity treatment, Obstacles

Índice

Resumo	i
Palavras-Chave.....	ii
Abstract	iii
Keywords.....	iii
Introdução.....	1
Objetivos.....	3
População e Métodos.....	4
Análise Estatística	5
Resultados.....	6
Discussão.....	10
Considerações finais	15
Agradecimentos.....	16
Referências Bibliográficas	17
Índice de anexos	20

Introdução

A obesidade é uma doença crónica que representa um dos problemas atuais de saúde pública mais preocupantes para a população mundial, e devido à sua elevada e crescente prevalência é considerada a pandemia do século XXI^(1, 2).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), afeta todas as idades e grupos socioeconómicos, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, tendo vindo a substituir os problemas comuns de saúde pública⁽¹⁾. Atualmente, 65% da população mundial vive em países nos quais a obesidade mata mais pessoas que a fome e a desnutrição⁽³⁾.

À semelhança do que se verifica mundialmente, em Portugal a obesidade também tem aumentado,⁽⁴⁾ sendo os números alarmantes pois a esta patologia associam-se problemas de saúde que contribuem significativamente para aumentar a morbilidade e mortalidade⁽⁵⁻⁷⁾.

A obesidade resulta de um desequilíbrio energético que origina uma acumulação anormal ou excessiva de gordura corporal,^(3, 8-11) que pode resultar em diversas consequências negativas para a saúde^(1, 11-13). Para o seu aparecimento, contribuem fatores genéticos, fisiológicos, ambientais, psicológicos, sociais, económicos e até políticos^(2, 5, 12), bem como o consumo de certos fármacos⁽²⁾.

O diagnóstico é feito pela determinação do Índice de Massa Corporal (IMC),^(2, 3, 11, 12) uma forma simples e prática, fácil de calcular, que não varia com o sexo nem com a idade,⁽³⁾ e apresenta uma boa associação com a gordura corporal total⁽²⁾.

Devido à enorme prevalência e aos graves riscos de saúde associados a esta doença, é fácil perceber a enorme relevância e urgência do seu tratamento^(12, 14).

A escolha do método de tratamento que melhor se adequa depende de características individuais, como o grau de obesidade, o estado de saúde geral, as

co-morbilidades associadas e a capacidade de perder peso⁽¹²⁾. Existem três tipos possíveis de terapêutica: a mudança comportamental, a farmacoterapia e a cirurgia bariátrica⁽¹²⁾. A mudança comportamental é a primeira escolha e consiste em ajudar o doente a modificar os hábitos alimentares e de atividade física, com o objetivo de induzir um balanço energético negativo de forma a alcançar a perda de peso, sendo também aquela que exige mais empenho e motivação^(12, 15, 16).

De acordo com a *American Heart Association* e a *American Diabetes Association*, a perda de peso num indivíduo obeso, mesmo que reduzida, diminui todos os fatores de risco,⁽²⁾ e pode levar a uma melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida,⁽¹⁷⁾ estando demonstrado que uma diminuição de 5 a 10% do peso inicial pode reduzir significativamente o risco de desenvolver diabetes e doença coronária em indivíduos com excesso de peso ou obesidade^(12, 14, 17-20).

O tratamento da obesidade encontra-se associado a um enorme insucesso a longo prazo. Perder peso tem-se demonstrado um desafio, e a manutenção do peso atingido parece ser ainda mais difícil de sustentar, uma vez que na maioria dos casos, o peso perdido é posteriormente recuperado^(6, 18, 19, 21, 22). Torna-se fulcral compreender as razões que tornam tão difícil a adesão à terapêutica para se estabelecer medidas que permitam contornar as mesmas, e, conseqüentemente, melhorar a eficácia do tratamento^(19, 21).

De acordo com *Elfhag and Rossner*, a perda de peso e sua manutenção parecem depender de fatores internos e externos ao doente que podem condenar a terapêutica ao fracasso. São determinantes a motivação, o suporte familiar, a capacidade de lidar com stresse, a autonomia e a estabilidade psicológica^(21, 22).

Por um lado, a motivação do doente para alterar o seu estilo de vida, fundamental para o sucesso do tratamento, é geralmente escassa, e por outro, o apoio da família e dos amigos condiciona as escolhas alimentares individuais^(19, 21).

A depressão e outros fatores como a história de variação de peso, desinibição alimentar, *binge eating* e aumento da ingestão alimentar em resposta ao stress e sentimentos negativos têm sido descritos como importantes barreiras que parecem colocar em causa o sucesso da terapêutica⁽²¹⁾.

O nível socioeconómico também parece ter um papel relevante, uma vez que alimentos nutricionalmente pobres e de elevada densidade energética são geralmente mais baratos do que outros mais saudáveis e equilibrados, representando um obstáculo principalmente em famílias de fracos recursos^(19, 23).

Correia et al, num estudo sobre as barreiras ao cumprimento de um plano alimentar, conclui que as causas mais comumente apresentadas por um grupo de mulheres para o seu não cumprimento eram: “Ansiedade e nervoso fazem com que eu coma mais” e “a dieta obriga a deixar de comer o que gosto”⁽²⁴⁾.

Apesar da reconhecida influência negativa de todos os fatores no sucesso do tratamento, o efeito das barreiras na adesão à terapêutica dietética ainda não se encontra completamente esclarecido⁽²⁴⁾. A compreensão dessas razões permitiria uma melhor e mais eficaz abordagem por parte do nutricionista enquanto profissional de saúde⁽²⁴⁾.

Objetivos

Num grupo de mulheres obesas/excesso de peso, que frequentam uma consulta de nutrição para perda de peso, pretendemos:

- Avaliar a dificuldade e respetivo grau de dificuldade ao cumprimento de um plano alimentar;

- Avaliar as barreiras mais frequentes que impedem o cumprimento de um plano alimentar (com base numa lista constituída por 34 afirmações⁽²⁴⁾);
- Relacionar dados pessoais e características antropométricas com os resultados obtidos;
- Distinguir o “padrão” de doentes que mais dificuldades poderão ter no cumprimento de um plano alimentar.

População e Métodos

A população deste trabalho é constituída por 113 mulheres que frequentam a Consulta Externa de Nutrição do serviço de Endocrinologia do Centro Hospitalar São João, EPE, por excesso de peso ou obesidade.

Foram **critérios de inclusão**: IMC superior a 24,9kg/m², massa gorda superior a 30%, idade entre 18 e 65 anos, sexo feminino, frequentar a consulta há menos de 6 meses (com plano alimentar estruturado), e **critérios de exclusão**: ter diabetes mellitus, dislipidemia (c-LDL>130mg/dL ou triglicérideos >150mg/dL), insuficiência hepática e renal, hipertensão arterial, outras doenças endócrinas ou obesidade iatrogénica.

Aplicou-se um questionário de administração indireta, por uma pessoa diferente da responsável pela instituição do plano estruturado. Foram recolhidas características sociodemográficas (idade, nível de escolaridade, profissão) e características antropométricas (peso atual (kg), peso máximo atingido (kg), peso mínimo atingido (kg), peso desejado (kg), estatura (cm), calculado o IMC (kg/m²), perímetro da cintura (cm), perímetro da anca (cm), massa gorda (%)). Foi avaliada a existência de dificuldade no cumprimento da terapêutica, através de uma questão fechada dicotómica: “Tem sentido dificuldades na cumprimento do plano alimentar”, o grau de dificuldade, através do uso de uma escala do tipo

Likert, em que o grau 1 correspondia a pouca, grau 2 a alguma, grau 3 a bastante, grau 4 a muita e grau 5 a muitíssima dificuldade e solicitada a identificação das dificuldades sentidas através da seleção numa lista de 34 afirmações, que representavam barreiras à adesão à terapêutica dietética, e uma última, aberta, que possibilitava a apresentação de outras razões. Das 34 afirmações listadas, cada doente poderia assinalar o número de barreiras que entendesse. De acordo com *Correia et al*, as barreiras foram agrupadas da seguinte forma: Estilo de vida (1;4), Decisão/motivação (16;17;28;30), Falta de informação (3;10;13;15;18), Relacionamento social (5;6;8;23;32), Fatores psicológicos (7;19;20;24;25;27;29;31) e Propriedades sensoriais (2;9;11;12;14;21;22;26;33;34)⁽²⁵⁾.

O peso atual foi avaliado pela balança eletrónica *Seca modelo 708* (erro de medida <0,05 kg), e a estatura com o estadiómetro incorporado na balança referida (erro de medida <0,5mm). A massa gorda corporal foi avaliada por impedância bioelétrica através da utilização do aparelho *OMRON Portable Body Fat Analyser* (Model HBF-306). O peso máximo e mínimo atingidos foram relatados pelo doente e o peso desejado foi o peso com o qual o doente afirmou que se sentiria bem. O IMC (kg/m^2) foi calculado através da razão entre o peso atual (kg) e a estatura (m) ao quadrado, sendo a sua classificação feita de acordo com a OMS⁽²⁶⁾.

Análise Estatística

A análise estatística foi realizada com o auxílio do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) ®, versão 20.0 para Windows.

A análise estatística descritiva consistiu no cálculo de médias e desvios-padrão (dp), de medianas e percentis, e de frequências absolutas e relativas. Foi testada

a normalidade das variáveis cardinais através dos coeficientes de simetria e achatamento.

Foi calculado o coeficiente de Pearson (r) para avaliar o grau de associação entre duas variáveis, tendo sido utilizada a classificação qualitativa segundo Finney⁽²⁷⁾. Utilizaram-se os testes t de student e de Mann-Whitney, respetivamente, para comparar médias e ordens médias de amostras independentes. Considerou-se 0,05 como nível de significância crítico para rejeição da hipótese nula (p).

Resultados

A amostra final consistiu em 113 mulheres com uma idade média de 40 anos, compreendida entre os 18 e os 65 anos. O peso médio à data da avaliação foi de 90 kg, correspondendo a um IMC médio que as incluía na obesidade de Grau I.

No geral, as doentes apresentavam um nível de escolaridade baixo e desejavam ter um IMC que as incluía, na classe da sobrecarga ponderal. (**Tabela 1**)

Tabela 1. Caracterização da amostra

Variáveis	Média	dp	Mín	Máx	Mediana (P ₂₅ ;P ₇₅)
Idade (Anos)	40,3	10,9	18	65	-
Escolaridade*	-	-	-	-	3,00 (2,00;4,00)
Estatuta (cm)	160,8	6,5	147,0	179,0	-
Peso atual (kg)	90,3	14,8	64,6	141,0	-
IMC Peso atual (kg/m ²)	34,9	5,3	25,9	51,8	-
Peso desejado (kg)	67,4	8,2	48,0	90,0	-
IMC Peso desejado (kg/m ²)	26,1	2,7	21,1	33,8	-
Perímetro da cintura (cm)	102,2	11,8	83,0	134,0	-
Perímetro da anca (cm)	118,2	10,8	99,0	149,0	-
Massa gorda (%)	-	-	-	-	46,9 (42,1; 49,0)

* Escolaridade: (0) Analfabeto, (1) 4 anos, (2) 6 anos, (3) 9 anos, (4) 12 anos, (5) Licenciatura, (6) Mestrado, (7) Doutoramento

As mulheres mais velhas ($r=0,284$; $p=0,002$), menos escolarizadas ($r= -0,288$; $p=0,002$) e mais pesadas ($r=0,294$; $p=0,002$) apresentam um IMC para o peso desejado superior, e quanto mais velhas ($r=0,198$; $p=0,035$) e menos escolarizadas ($r= -0,186$; $p=0,049$), maior é o IMC para o peso atual.

Procuramos avaliar a existência ou não de dificuldades ao cumprimento do plano alimentar, e verificámos que apenas cerca de um terço das mulheres referiu não sentir dificuldades (**Gráfico 1**). Apesar destes dados, quando confrontados com uma escala de grau de dificuldade (tipo *Likert* de 1 a 5), verificámos que toda a amostra afirma sentir algum grau de dificuldade, sendo o grau 2 (alguma) e 3 (bastante), as respostas mais comuns (**Gráfico 2**).

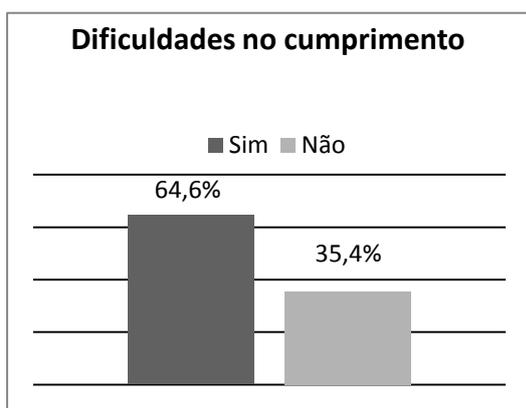


Gráfico 1. Dificuldades no cumprimento de um plano alimentar

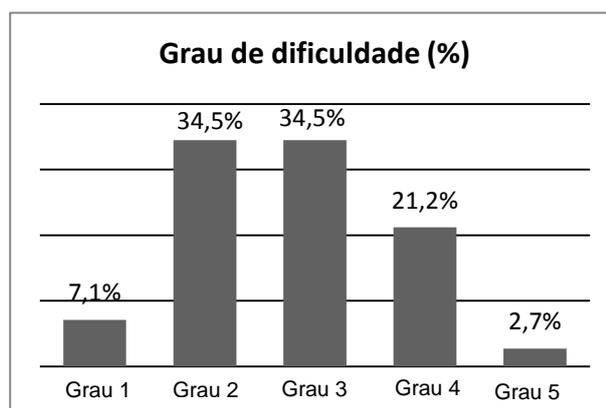


Gráfico 2. Grau de dificuldade no cumprimento de um plano alimentar (escala tipo Likert)

As mulheres que assinalam um maior grau de dificuldade apresentam um IMC atual significativamente superior ($r=0,200$, $p=0,033$) e desejam perder significativamente mais peso ($r=0,236$; $p=0,012$).

Das 34 barreiras apresentadas, em média as doentes assinalam 9 barreiras, sendo que as que indicam ter dificuldade apresentam em média 11 e as que não indicam apresentam 6 barreiras ($p < 0,001$).

As frequências de resposta a cada uma das 34 barreiras apresentadas estão descritas, em percentagem, na **tabela 2**.

Tabela 2. Frequência de escolha (%) das barreiras ao cumprimento de um plano alimentar

Afirmações	% resposta
1. Não consigo fazer dieta porque os horários de trabalho não permitem.	30,1
2. A dieta é comida que não apetece comer.	10,6
3. Não sou capaz de cozinhar dieta.	8,0
4. Sinto dificuldade em cumprir porque tenho um estilo de vida muito atarefado.	37,2
5. Sinto que quando estou a cumprir dieta sou diferente de quem está à minha volta.	20,4
6. Onde como não se fazem dietas.	16,8
7. Sinto-me fraca quando faço dieta, com falta de forças.	26,5
8. A minha família e amigos gostam de outro tipo de comida.	46,0
9. Fazer dieta é uma grande mudança na minha alimentação habitual.	39,8
10. Tenho dificuldade em encontrar os alimentos de dieta.	5,3
11. A dieta obriga-me a deixar de comer o que gosto.	59,3
12. A dieta é comida diferente da que estou habituada.	35,4
13. A comida de dieta é mais cara.	17,7
14. A dieta não é comida suficiente, fico com fome.	24,8
15. Para preparar a dieta perco muito tempo, pois exige uma preparação demorada.	8,8
16. Não tenho força de vontade para fazer dieta.	25,7
17. Eu não quero mudar os meus hábitos alimentares.	2,7
18. O aumento de peso é de família.	41,6
19. Ansiedade e nervoso fazem com que eu coma mais.	79,6
20. Quando tenho comida à frente não resisto.	24,8
21. A comida de dieta não é saborosa.	8,8
22. Gosto de comer doces.	54,0
23. As dietas interferem com a vida familiar.	14,2
24. Saber que vou ter que fazer dieta sempre.	21,2
25. Comer diminui-me o nervoso.	35,4
26. Gosto de comer.	68,1
27. Não consigo parar de comer depois de começar.	15,0
28. Penso sempre que amanhã vou iniciar a dieta.	24,8
29. Sinto-me insatisfeita a fazer dieta.	21,2
30. Não consigo levar uma dieta a sério.	22,1
31. Sinto-me desanimada quando faço dieta.	17,7
32. A dieta obriga a cozinhar à parte.	26,5
33. A dieta não me dá prazer.	12,4
34. Sinto-me desconsolada a fazer dieta.	46,0
35. Outras	3,6

Observando a **tabela 3**, podemos verificar que as barreiras 19, 26, 11, 22, 8/34, foram as mais apontadas pela amostra, por ordem decrescente de escolha. Em oposição, como menos indicadas temos, por ordem crescente, as barreiras 17, 10, 3, 15 e 21. Constatamos ainda que a barreira 19 é a mais frequente, quer as doentes afirmem sentir ou não dificuldade no cumprimento do plano.

Tabela 3. Ordenação das 5 barreiras mais e menos indicadas, por frequência de resposta

%	Barreiras mais escolhidas		Barreiras menos escolhidas	%
79,6	Ansiedade e nervoso fazem com que eu coma mais. (19)	1 ^a	Eu não quero mudar os meus hábitos alimentares. (17)	2,7
68,1	Gosto de comer. (26)	2 ^a	Tenho dificuldade em encontrar os alimentos da dieta. (10)	5,3
59,3	A dieta obriga-me a deixar de comer o que gosto. (11)	3 ^a	Não sou capaz de cozinhar dieta. (3)	8,0
54,0	Gosto de comer doces. (22)	4 ^a	Para preparar a dieta perco muito tempo, pois exige uma preparação demorada. (15)	8,8
46,0	A minha família e amigos gostam de outro tipo de comida. (8) Sinto-me desconsolado a fazer dieta. (34)	5 ^a	A comida de dieta não é saborosa. (21)	8,8

Calculámos correlações entre o número de barreiras indicadas e algumas variáveis descritas na **tabela 4**.

Tabela 4. Correlação entre o número de barreiras indicado e algumas variáveis estudadas

Variáveis	r*	p
Idade	0,246	0,009
Escolaridade	-0,273	0,003
IMC Peso atual	0,243	0,009
IMC Peso desejado	0,053	0,580
Grau de dificuldade	0,337	0,000
Perímetro da cinta	0,270	0,004
Perímetro da anca	0,245	0,009

*Coeficiente de Pearson, excepto para a variável escolaridade e grau de dificuldade nas quais se usou Coeficiente de Spearman.

As correlações encontradas, apesar de muito fracas a fracas, mostram que de forma significativa, as mulheres que assinalam um maior número de barreiras são mais velhas, menos escolarizadas e possuem um IMC superior, indicando também um maior grau de dificuldade no cumprimento do plano alimentar (**tabela 4**).

Relativamente à frequência de escolha das barreiras apontadas, tentámos verificar se existiam diferenças relativas à idade, escolaridade, IMC atual, IMC do peso desejado e IMC que desejam perder entre as mulheres que assinalavam ou não determinada barreira. Os resultados encontrados estão descritos na **tabela 5** e no anexo 2.

Tabela 5. Relação entre a escolha de determinada barreira e algumas características das doentes

Variável	Áreas correspondentes às barreiras apontadas [nº barreira (sig)]	Resultados gerais
Idade (anos)	Decisão/motivação [28 (p=0,027); 30 (p<0,001)] Falta de informação [13 (p=0,004)] Fatores psicológicos [7 (p=0,042)] Propriedades sensoriais [9 (p=0,032); 12 (p=0,001); 14 (p=0,028); 34 (p=0,003)]	A escolha destas barreiras está relacionada com as <u>mulheres mais velhas</u>
Escolaridade (anos)	Decisão/motivação [28 (p=0,027)] Falta de informação [13 (p<0,001)] Relacionamento social [5 (p=0,013)] Fatores psicológicos [7 (p=0,004); 29 (p=0,006)] Propriedades sensoriais [2 (p=0,038); 9 (p<0,001); 12 (p<0,001); 14 (p=0,023); 21 (p=0,028)].	A escolha destas barreiras está relacionada com as <u>mulheres menos escolarizadas</u>
IMC peso atual (kg/m²)	Decisão/motivação [28 (p=0,027); 30 (p=0,002)], Falta de informação [18 (p=0,047)], Relacionamento social [32 (p=0,022)], Fatores psicológicos [19 (p=0,001); 25 (p=0,010); 27 (p=0,019); 29 (p=0,045)]	A escolha destas barreiras está relacionada com as <u>mulheres com IMC superior</u>
IMC peso desejado (kg/m²)	Decisão/motivação [16 (p=0,041)] Fatores psicológicos [19 (p=0,034); 25 (p=0,048)]	A escolha destas barreiras está relacionada com as <u>mulheres com IMC desejado superior</u>
IMC que desejam perder (kg/m²)	Decisão/motivação [30 (p=0,001)], Fatores psicológicos [19 (p=0,010); 29 (p=0,009)]	A escolha destas barreiras está relacionada com as <u>mulheres que desejam perder mais peso</u>

É curioso verificar que não se registaram diferenças entre quem escolhe ou não barreiras associadas ao estilo de vida, nomeadamente as afirmações 1 e 4, associadas a um estilo de vida atarefado e horários de trabalho impeditivos.

Averiguou-se que 72,6% das doentes tentaram perder peso. Procuramos avaliar os resultados com base nessa variável, mas não se encontraram diferenças com significado estatístico para nenhuma das variáveis.

Discussão

Um dos grandes desafios no tratamento da obesidade consiste em ultrapassar a dificuldade da maioria dos doentes em aderir a um plano alimentar a longo prazo⁽²⁸⁾. Por isso, parece importante identificar as potenciais barreiras que dificultam essa adesão, de forma a conseguirmos melhorar os resultados, atualmente desapontantes, associados a este tratamento^(18, 19, 29, 30).

Neste estudo, verificamos que as mulheres mais velhas e menos escolarizadas são as que apresentam um IMC atual significativamente superior. Resultados semelhantes encontram-se descritos em vários estudos^(23, 31), sendo um deles realizado com mulheres portuguesas, que mostra que a maior prevalência da obesidade parece estar significativamente associada com a maior idade e o menor nível de escolaridade,⁽³¹⁾ justificado provavelmente pelos fracos recursos económicos que impedem escolhas ditas "mais saudáveis"^(19, 23, 32).

Mais de metade das doentes da amostra afirmam ter dificuldades no cumprimento do plano alimentar, o que vai de encontro a dados apresentados por *Correia et al*, em que 54,1% das participantes assumiu sentir dificuldades⁽²⁴⁾ (Anexo 3). Vários estudos relatam a existência de diversos obstáculos que dificultam a adesão dos doentes ao tratamento e que, conseqüentemente contribuem para os elevados níveis de insucesso verificados^(19, 21).

À semelhança do que *Correia et al* verificou, mesmo as doentes que negaram sentir dificuldade no cumprimento do plano alimentar, indicaram algum grau de dificuldade⁽²⁴⁾. Isto poderá estar relacionado com o efeito que a desejabilidade social pode exercer sobre um determinado indivíduo, tendo em consideração que a desejabilidade social é a tendência para tentar transmitir uma imagem culturalmente aceitável e de acordo com as normas sociais, com o objetivo de obter aprovação e evitar a crítica⁽³³⁾. Neste caso, parece que perante uma escala com os vários graus de dificuldade, até aqueles que a negaram sentir, foram capazes de selecionar um dos graus, revelando que a resposta à primeira questão pode ter sido influenciada pelo que pensavam ser o culturalmente mais aceitável, e não pelo que sentiam realmente.

Quanto ao grau de dificuldade, a maioria das doentes afirma sentir alguma a bastante dificuldade, tal como o encontrado no estudo de *Correia et al*⁽²⁴⁾. No entanto, é interessante verificar que, cerca de 1 em cada 5 das nossas doentes afirma sentir muita dificuldade, enquanto que *Correia et al* refere que apenas 1 em cada 7 das mulheres sentiram ter muita dificuldade⁽²⁴⁾ (Anexo 4). Esta diferença pode dever-se ao facto de as doentes incluídas frequentarem a consulta num período de tempo até 6 meses, não correspondendo sempre a avaliação à segunda consulta e por isso poderem estar mais resistentes ao tratamento instituído, pela maior duração do mesmo.

Ao analisarmos a relação entre IMC e grau de dificuldade, constatamos que as doentes que apresentam um IMC atual superior continuam a ser as que afirmam sentir maior grau de dificuldade no cumprimento do plano dietético. Isto pode ser justificado por, provavelmente, estas já terem tentado anteriormente, por várias vezes, perder peso e, por essa razão, mais facilmente identificarem as suas dificuldades⁽²⁴⁾.

Também as doentes que desejam perder mais peso, afirmam sentir um grau de dificuldade superior. Possivelmente, o facto de terem percepção que estão mais afastadas do seu peso ideal, faz com que tenham consciência das suas dificuldades para conseguir atingi-lo. Como seria de esperar, as mulheres que afirmam sentir dificuldades identificam um maior número de barreiras.

Uma vez que as barreiras usadas foram as de *Correia et al*, decidimos comparar as nossas frequências de resposta com as desse estudo e verificamos que, no geral, a seleção em termos percentuais de todas as barreiras é superior no nosso estudo (Anexo 5), e mais uma vez consideramos que provavelmente esta diferença é devida ao tempo de tratamento instituído.

As 5 barreiras mais apontadas pelas doentes neste trabalho, são as mesmas que *Correia et al* encontrou⁽²⁴⁾, no entanto, na nossa amostra as percentagens de resposta são superiores e a ordem de relevância mudou (Anexo 6). Considerando as barreiras mais escolhidas (19, 26, 11, 22, 8/34) e agrupando-as categoricamente de acordo com o efetuado por *Correia et al*, é possível concluir que as nossas doentes também privilegiam as propriedades sensoriais da alimentação, uma vez que quatro dos obstáculos mais apontados como razões para o não cumprimento de um plano alimentar têm a ver com essas características da dieta.

A escolha das barreiras “A dieta obriga-me a deixar de comer o que gosto”, “Gosto de comer doces”, “Gosto de comer” e “Sinto-me desconsolada a fazer dieta”, pode estar relacionada com o significado negativo da palavra dieta para a maioria das doentes. De facto, na nossa sociedade a palavra dieta encontra-se associada a uma ideia bastante negativa, sendo encarada como um sinónimo de privação e de falta de prazer em comer⁽³⁴⁾. Há dados que suportam esta ideia, mostrando que a população geral define dieta como alimentação equilibrada, com cozidos e grelhados e ainda como um regime rigoroso e difícil de cumprir⁽³⁵⁾.

As nossas doentes também indicam “a ansiedade e o nervoso fazem com que eu coma mais” como a barreira mais frequente, o que revela que os fatores psicológicos continuam a desempenhar um papel muito relevante para o sucesso do tratamento. De facto, vários são os estudos que corroboram este resultado e relacionam estados de ansiedade e nervosismo com um aumento da ingestão alimentar^(8, 36). Encontra-se descrito que indivíduos obesos perante fortes emoções, situações de stresse ou eventos negativos da vida, aumentam a ingestão alimentar na tentativa de se acalmarem e se sentirem melhor^(8, 21, 36-39).

O relacionamento social, representado pela barreira 8, parece ser outro dos fatores que pode contribuir grandemente para o abandono da terapêutica. Vários estudos defendem que um forte sistema de suporte social é essencial para promover a manutenção da perda de peso a longo prazo^(19, 21, 36, 40). A maioria das pessoas faz as suas refeições na companhia de outras, por isso é fácil perceber que as relações sociais influenciam quer o processo de mudança dos hábitos alimentares, quer a sua manutenção⁽⁴¹⁾, e sempre que não se sintam apoiados pela sua rede social, tenderão a desistir^(19, 42).

No geral, as barreiras menos escolhidas não são diferentes das encontradas por *Correia et al*⁽²⁴⁾, com exceção da barreira 21 (propriedades sensoriais), que anteriormente não fazia parte desta lista, tendo substituído a barreira 23 (relacionamento social), como uma das menos escolhidas (Anexo 7). Esta diferença pode explicar-se quer pelo aumento da oferta de alimentos ditos “para dieta”, atualmente mais saborosos e disponíveis, quer pelo período de tempo de tratamento, que no nosso estudo vai até 6 meses, revelando de certa forma o impacto das restrições no meio familiar.

A afirmação “Eu não quero mudar os meus hábitos alimentares” (17) é mais uma vez concordante com *Correia et al*, como a barreira menos escolhida⁽²⁴⁾. Este dado é curioso, uma vez que, sendo o plano alimentar um instrumento que estrutura os hábitos alimentares, alterando-os quase obrigatoriamente, podemos considerar que não é a mudança da forma de comer que constitui um obstáculo, mas sim fatores de resistência associados ao próprio indivíduo e ao seu ambiente. Das barreiras menos escolhidas pelas participantes, 3 englobam-se na falta de informação (3, 10, 15), principalmente no que diz respeito à confecção e escolha

alimentar. Assim, não é o conhecimento sobre como comer que parece ser o maior impedimento, mas sim a forma como pode ser aplicado^(32, 39).

As mulheres mais velhas apresentam maior número de barreiras. Por serem mais velhas poderão apresentar hábitos mais enraizados e, por isso, maior relutância a alterações⁽²⁴⁾. A mesma relação positiva se verifica entre o IMC atual e o número de barreiras, o que pode ser explicado pelo facto de, por apresentarem um IMC superior, necessitarem de perder mais peso para atingirem um peso saudável e, como tal, sentirem mais dificuldades em chegar ao seu objetivo.

Considerações finais

Com base na escolha de determinadas barreiras e respetiva diferença estatística entre quem as indicou ou não, parece que as mulheres mais velhas e menos escolarizadas consideram mais relevantes as afirmações relativas às propriedades sensoriais dos alimentos. As barreiras relativas a fatores psicológicos, principalmente referentes a ingestão emocional, são mais escolhidas por mulheres que apresentam um maior IMC e desejam perder mais peso. Não se registaram diferenças entre quem escolhe ou não barreiras relativas ao estilo de vida, provavelmente porque estão relacionadas com horários de trabalho e dias atarefados, sendo estas preocupações atuais de todas as idades e estratos sociais devido à enorme prevalência de desemprego.

Parece evidente que para conseguirmos travar o grande insucesso associado ao tratamento da obesidade, é importante que se tenham em conta muitas outras características relativas ao doente, que apesar de não estarem diretamente relacionadas com aspetos particulares da alimentação, desempenham um papel tão ou mais relevante que estes.

Agradecimentos

Agradeço a todas as pessoas que marcaram e continuarão a marcar a minha vida.

À minha família, principalmente aos meus pais, a quem devo tudo o que sou.

Ao Diogo, por todo o carinho e paciência.

À Professora Doutora Flora Correia por considerar uma excelente profissional tanto no papel de nutricionista como no de professora.

À Dr.^a Cristina Arteiro por toda a amabilidade e simplicidade.

Ao Mestre Rui Poínhos pela preciosa ajuda, simpatia e paciência.

À Francisca, minha companheira de estágio, agradeço pela ajuda, pela simpatia, pelo companheirismo e amizade. Todo o tempo de estágio se tornou muito mais divertido com ela ao meu lado.

E por último à minha orientadora, a Dr.^a Sílvia Pinhão, agradeço o privilégio de poder partilhar o seu dia de trabalho, poder aprender com uma grande profissional. Agradeço pelo seu apoio e ajuda ao longo deste período e por todos os momentos que tive o gosto de com ela partilhar.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of WHO consultation. Geneva, . 2000
2. Aronne Louis J. NDS, Lillo Joseph L. Obesity as a disease state: a new paradigm for diagnosis and treatment. *Clinical cornerstone*. 2009; 9(4):9-29.
3. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet nº 311. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
4. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Combate à Obesidade. Lisboa: DGS; 2005.
5. Giskes K, van Lenthe F, Avendano-Pabon M, Brug J. A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: are we getting closer to understanding obesogenic environments? [Review]. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2011; 12(5):e95-e106.
6. Ogden CL, Yanovski SZ, Carroll MD, Flegal KM. The epidemiology of obesity [Review]. *Gastroenterology*. 2007; 132(6):2087-102.
7. Svetkey et al. Comparison of strategies for sustaining weight loss. *American Medical Association*. 2008; 299(10):1139-48.
8. Davis C. LR, Muglia P., Bewell C. Kennedy J. Decision-making deficits and overeating: a risk model for obesity. *Obes Res*. 2004; 12(6):929-35.
9. McCrory M. SV, Roberts S. Biobehavioral influences on energy intake and adult weight gain. *J Nutr*. 2002; 132:3830-34.
10. Jebb S. Dietary determinants of obesity. *Obesity Reviews*. 2007; 8(1):93-97.
11. Center for Disease Control and Prevention. Adult Obesity: Obesity rises among adults. *CDC Vital Signs*. 2012. Disponível em: <http://www.cdc.gov/vitalsigns/AdultObesity/>.
12. Health.; Nlo. Understanding Adult Obesity. 2008; 06(3680):1-8.
13. Tzotzas T, Evangelou P, Kiortsis DN. Obesity, weight loss and conditional cardiovascular risk factors [Review]. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2011; 12(5):e282-9.
14. Stubbs J, Whybrow S, Teixeira P, Blundell J, Lawton C, Westenhoefer J, et al. Problems in identifying predictors and correlates of weight loss and maintenance: implications for weight control therapies based on behaviour change [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2011; 12(9):688-708.
15. Labib M. The investigation and management of obesity. *J Clin Pathol*. 2003; 56:17-25.
16. Foster G. The behavioral approach to treating obesity [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *American heart journal*. 2006; 151(3):625-7.
17. Hill JO, Billington C. J. It's time to start treating obesity. *The American Journal of Cardiology*. 2002; 89:969-70.
18. Hill JO, Thompson H, Wyatt H. Weight maintenance: what's missing? [Review]. *Journal of the American Dietetic Association*. 2005; 105(5 Suppl 1):S63-6.
19. Mauro M, Taylor V, Wharton S, Sharma AM. Barriers to obesity treatment [Review]. *European journal of internal medicine*. 2008; 19(3):173-80.

20. Wing R. PS. Long-term weight loss maintenance. *AM J Clin Nutr.* 2005; 82:222-25.
21. Elfhag K. RS. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews.* 2005; 6:67-85.
22. Byrne SM, Cooper Z, Fairburn CG. Psychological predictors of weight regain in obesity [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Behaviour research and therapy.* 2004; 42(11):1341-56.
23. Drewnowski A. SSE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr.* 2004; 79:6-16.
24. Correia F.; Pinhão S.; Poínhos R.; Oliveira B. AMD, Medina J.L., Galvão-Teles A. Obstacles in dietary treatment of obesity. *Obesity and Metabolism.* 2009; 5:107-13.
25. Correia MFFSC. Determinantes psico-afetivas e sócio-culturais no tratamento da obesidade. Universidade de Lisboa; Faculdade de Medicina; 2004.
26. World Health Organization. Physical status: The Use and Interpretation of Anthropometry. WHO Technical Report Series 854. Geneva. WHO. 1995
27. Finney DJ. Statistics for biologists. London: Chapman and Hall. 1980; 165
28. Kreider RB, Serra M, Beavers KM, Moreillon J, Kresta JY, Byrd M, et al. A structured diet and exercise program promotes favorable changes in weight loss, body composition, and weight maintenance [Randomized Controlled Trial; Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of the American Dietetic Association.* 2011; 111(6):828-43.
29. Westenhoefer J, von Falck B, Stellfeldt A, Fintelman S. Behavioural correlates of successful weight reduction over 3 y. Results from the Lean Habits Study [Multicenter Study]. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity.* 2004; 28(2):334-5.
30. Hill JO. Can a small-changes approach help address the obesity epidemic? A report of the Joint Task Force of the American Society for Nutrition, Institute of Food Technologists, and International Food Information Council. *Am J Clin Nutr.* 2009; 89:477-84.
31. Santos AC, Barros H. Prevalence and determinants of obesity in an urban sample of Portuguese adults. *Public Health.* 2003; 117(6):430-37.
32. Darmon N. DA. Does social class predict diet quality. *Am J Clin Nutr.* 2008; 87::1107-17.
33. Poínhos R.; Correia F.; Faneca M. FJ, Gonçalves C., Pinhão S., Medina J. Luís. Desejabilidade social e barreiras ao cumprimento da terapêutica dietética em mulheres com excesso de peso. *Acta Med Port.* 2008; 21:221-28.
34. Mela DJ. Eating for pleasure or just wanting to eat? Reconsidering sensory hedonic responses as a driver of obesity [Review]. *Appetite.* 2006; 47(1):10-7.
35. Correia F.; Pinhão S.; Oliveira BMP. dAM. Conceitos e Mitos sobre alimentação e dieta. *Alimentação Humana.* 2004; 10(1):41-48.
36. Grief S. MR. Weight Loss Maintenance. *Am Fam Physician.* 2010; 82(6):630-34.
37. Geliebter A. AA. Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors.* 2003; 3:341-47.
38. Ganley R. Emotion and eating in obesity: a review of literature. *International Journal of Eating Disorders.* 1989; 8(3):343-61.

39. Ozier AD, Kendrick OW, Leeper JD, Knol LL, Perko M, Burnham J. Overweight and obesity are associated with emotion- and stress-related eating as measured by the eating and appraisal due to emotions and stress questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*. 2008; 108(1):49-56.
40. McLean N, Griffin S, Toney K, Hardeman W. Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: a systematic review of randomised trials [Research Support, Non-U.S. Gov't; Review]. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2003; 27(9):987-1005.
41. Ryden PJ, Sydner YM. Implementing and sustaining dietary change in the context of social relationships [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2011; 25(3):583-90.
42. Lawrence W, Barker M. A review of factors affecting the food choices of disadvantaged women [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *The Proceedings of the Nutrition Society*. 2009; 68(2):189-94.

Índice de anexos

Anexo A – Questionário sobre as “Barreiras ao cumprimento de um plano alimentar”	21
Anexo B - Diferenças entre quem escolheu ou não cada barreira	27
Anexo C - Dificuldades sentidas no cumprimento de um plano alimentar	33
Anexo D - Grau de dificuldade no cumprimento de um plano alimentar	37
Anexo E - Frequências das barreiras no cumprimento de um plano alimentar	41
Anexo F - Ordenação das barreiras mais indicadas	45
Anexo G - Ordenação das barreiras menos indicadas	49

Anexo A

Questionário aplicado sobre as “Barreiras ao cumprimento de um plano alimentar”.





Barreiras ao cumprimento de um plano alimentar

Número do Inquérito |____|

Data __/__/____

1. Identificação do doente



Sexo |__| Feminino
|__| Masculino

Idade|__|

Nível de escolaridade |__|

Profissão _____

2. Dados antropométricos

Peso atual |____| (kg)

Peso máximo |____| (kg)

Peso mínimo |____| (kg)

Peso desejado |____| (kg)

Estatura |____| (cm)

IMC |____| (kg/m²)

Perímetro da cinta |____| (cm)

Perímetro da anca |____| (cm)

Massa Gorda |____| %

3. Barreiras ao tratamento da obesidade

3.1. Tem sentido dificuldades no cumprimento da dieta?

Sim Não

3.2. Numa escala de 1 a 5, como classificaria o grau de dificuldade sentido?

- Grau 1 - pouca dificuldade
- Grau 2 - alguma dificuldade
- Grau 3 - bastante dificuldade
- Grau 4 - muita dificuldade
- Grau 5 - muitíssima dificuldade

3.3. Das afirmações seguintes selecione as dificuldades que sente no cumprimento do plano alimentar. Assinale com uma cruz (X).

1	Não consigo fazer dieta porque os horários de trabalho não permitem.	
2	A dieta é comida que não apetece comer.	
3	Não sou capaz de cozinhar dieta.	
4	Sinto dificuldade em cumprir porque tenho um estilo de vida muito atarefado.	
5	Sinto que quando estou a cumprir dieta sou diferente de quem está à minha volta.	
6	Onde como não se fazem dietas.	
7	Sinto-me fraca/o quando faço dieta, com falta de forças.	
8	A minha família e amigos gostam de outro tipo de comida.	
9	Fazer dieta é uma grande mudança na minha alimentação habitual	
10	Tenho dificuldade em encontrar os alimentos da dieta.	
11	A dieta obriga-me a deixar de comer o que gosto	
12	A dieta é comida diferente do que estou habituada/o.	
13	A comida de dieta é mais cara.	
14	A dieta não é comida suficiente, fico com fome.	

15	Para preparar a dieta perco muito tempo, pois exige uma preparação demorada.	
16	Não tenho força de vontade para fazer dieta.	
17	Eu não quero mudar os meus hábitos alimentares.	
18	O aumento de peso é de família.	
19	Ansiedade e nervoso fazem com que eu coma mais.	
20	Quando tenho comida à frente não resisto.	
21	A comida de dieta não é saborosa.	
22	Gosto de comer doces.	
23	As dietas interferem com a vida familiar.	
24	Saber que vou ter que fazer dieta sempre.	
25	Comer diminui-me o nervoso.	
26	Gosto de comer.	
27	Não consigo parar de comer depois de começar.	
28	Penso sempre que amanhã vou iniciar a dieta.	
29	Sinto-me insatisfeita/o a fazer dieta.	
30	Não consigo levar uma dieta a sério.	
31	Sinto-me desanimada/o quando faço dieta.	
32	A dieta obriga a cozinhar à parte.	
33	A dieta não me dá prazer.	
34	Sinto-me desconsolada/o a fazer dieta.	
35	Outras	



Anexo B

Tabela A. Diferenças entre quem escolheu ou não cada uma das barreiras apresentadas em função da idade, escolaridade, IMC atual, IMC desejado e IMC que deseja perder.





Tabela A. Diferenças entre quem escolheu ou não cada uma das barreiras apresentadas em função da idade, escolaridade, IMC atual, IMC desejado e IMC que deseja perder.

Barreira		Idade	Escolaridade*	IMC atual	IMC desejado	IMC que deseja perder
		Média (dp)	Mediana (P ₂₅ ; P ₇₅)	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)
Dificuldade 1	S	39,9 (11,1)	4,00 (1,75; 4,00)	34,2 (4,6)	25,4 (2,3)	8,8 (4,4)
	N	40,5 (10,8)	3,00 (2,00; 4,00)	35,2 (5,6)	26,4 (2,8)	8,8 (5,5)
		p=0,808	p=0,095	p=0,330	p=0,066	p=0,965
Dificuldade 2	S	42,3 (13,3)	1,00 (1,00; 3,75)	37,3 (6,8)	25,7 (2,2)	11,6 (7,3)
	N	40,1 (10,6)	3,00 (2,00; 4,00)	34,6 (5,1)	26,1 (2,8)	8,5 (4,8)
		p=0,494	p=0,038	p=0,094	p=0,646	p=0,051
Dificuldade 3	S	36,9 (16,3)	2,00 (1,00; 4,50)	36,1 (4,6)	25,7 (2,6)	10,4 (5,2)
	N	40,6 (10,3)	3,00 (2,00; 4,00)	34,7 (5,4)	26,1 (2,7)	8,7 (5,2)
		p=0,522	p=0,786	p=0,467	p=0,706	p=0,348
Dificuldade 4	S	40,6 (10,7)	4,00 (1,75; 4,00)	34,6 (4,7)	26,2 (3,0)	8,3 (4,6)
	N	40,1 (11,0)	3,00 (2,00; 4,00)	35,1 (5,6)	26,0 (2,5)	9,1 (5,5)
		p=0,849	p=0,273	p=0,601	p=0,625	p=0,430
Dificuldade 5	S	43,1 (9,0)	2,00 (1,00; 3,00)	33,5 (5,6)	25,6 (2,6)	7,9 (5,5)
	N	39,6 (11,2)	3,00 (2,00; 4,00)	35,2 (5,2)	26,1 (2,7)	9,1 (5,1)
		p=0,168	p=0,013	p=0,168	p=0,415	p=0,327
Dificuldade 6	S	40,3 (11,9)	3,00 (1,00; 4,00)	36,6 (6,8)	26,1 (2,8)	10,5 (7,0)
	N	40,3 (10,7)	3,00 (2,00; 4,00)	34,6 (4,9)	26,1 (2,7)	8,5 (4,7)
		p=0,990	p=0,832	p=0,132	p=0,949	p=0,255
Dificuldade 7	S	43,7 (10,6)	2,00 (1,00; 4,00)	36,0 (5,0)	26,3 (2,5)	9,7 (5,0)
	N	39,1 (10,8)	3,00 (2,00; 4,00)	34,5 (5,4)	26,0 (2,8)	8,5 (5,3)
	P	p=0,042	p=0,004	p=0,168	p=0,494	p=0,294
Dificuldade 8	S	40,6 (11,5)	3,00 (1,00; 4,00)	35,2 (5,6)	25,9 (2,5)	9,3 (5,7)
	N	40,0 (10,4)	3,00 (2,00; 4,00)	34,6 (5,1)	26,2 (2,9)	8,5 (4,7)
		p=0,785	p=0,168	p=0,582	p=0,663	p=0,430
Dificuldade 9	S	43,0 (10,7)	2,00 (1,00; 3,50)	35,6 (5,8)	25,9 (2,7)	9,7 (6,2)
	N	38,5 (10,7)	4,00 (2,25; 4,00)	34,4 (4,9)	26,2 (2,7)	8,2 (4,3)
		p=0,032	p=0,000	p=0,249	p=0,548	p=0,166
Dificuldade 10	S	44,2 (12,6)	1,50 (1,00; 2,50)	33,3 (4,5)	26,3 (2,0)	7,0 (3,8)
	N	40,1 (10,8)	3,00 (2,00; 4,00)	35,0 (5,3)	26,0 (2,7)	8,9 (5,2)
		p=0,372	p=0,056	p=0,437	p=0,832	p=0,365
Dificuldade 11	S	41,7 (10,2)	3,00 (1,00; 4,00)	35,0 (5,8)	26,3 (2,9)	8,7 (5,6)
	N	38,2 (11,6)	3,50 (2,00; 4,00)	34,7 (4,5)	25,7 (2,3)	9,0 (4,5)
		p=0,093	p=0,051	p=0,714	p=0,205	p=0,778
Dificuldade 12	S	44,9 (11,5)	1,50 (1,00; 3,00)	36,0 (6,1)	26,2 (2,7)	9,8 (6,2)
	N	37,8 (9,7)	4,00 (3,00; 4,00)	34,2 (4,8)	26,0 (2,7)	8,3 (4,5)
		p=0,001	p=0,000	p=0,103	p=0,610	p=0,162

Dificuldade 13	S	46,6 (9,6)	1,00 (1,00; 3,00)	35,7 (4,7)	26,0 (2,0)	9,7 (5,2)
	N	38,9 (10,7)	3,00 (2,00; 4,00)	34,7 (5,4)	26,1 (2,8)	8,7 (5,2)
		p=0,004	p=0,000	p=0,448	p=0,942	p=0,421
Dificuldade 14	S	44,2 (10,2)	2,50 (1,00; 4,00)	36,1 (5,7)	26,5 (2,8)	9,6 (5,4)
	N	39,0 (10,8)	3,00 (2,00; 4,00)	34,5 (5,1)	25,9 (2,7)	8,6 (5,1)
		p=0,028	p=0,023	p=0,159	p=0,313	p=0,362
Dificuldade 15	S	42,2 (8,2)	4,00 (1,00; 4,25)	36,9 (6,3)	24,7 (2,8)	12,1 (7,7)
	N	40,1 (11,1)	3,00 (2,00; 4,00)	34,7 (5,2)	26,2 (2,7)	8,5 (4,8)
		p=0,563	p=0,736	p=0,221	p=0,106	p=0,179
Dificuldade 16	S	43,6 (11,0)	3,00 (1,00; 4,00)	36,4 (5,4)	26,9 (2,4)	9,5 (5,0)
	N	39,2 (10,7)	3,00 (2,00; 4,00)	34,4 (5,2)	25,8 (2,7)	8,6 (5,2)
		p=0,058	p=0,448	p=0,067	p=0,041	p=0,421
Dificuldade 17	S	47,0 (12,1)	3,00 (1,00; .)	31,1 (3,9)	26,4 (2,0)	4,6 (3,4)
	N	40,1 (10,8)	3,00 (2,00; 4,00)	35,0 (5,3)	26,1 (2,7)	8,9 (5,2)
		p=0,280	p=0,956	p=0,206	p=0,817	p=0,157
Dificuldade 18	S	41,3 (11,9)	3,00 (1,00; 4,00)	36,1 (6,0)	26,3 (2,7)	9,8 (6,3)
	N	39,6 (10,1)	3,00 (2,00; 4,00)	34,1 (4,6)	25,9 (2,7)	8,2 (4,2)
		p=0,409	p=0,284	p=0,047	p=0,396	p=0,140
Dificuldade 19	S	41,0 (10,9)	3,00 (1,00; 4,00)	35,6 (5,5)	26,3 (2,9)	9,3 (5,5)
	N	37,4 (10,4)	3,00 (2,00; 4,00)	32,2 (3,5)	25,2 (1,7)	7,0 (3,2)
		p=0,159	p=0,415	p=0,001	p=0,034	p=0,010
Dificuldade 20	S	39,6 (11,4)	4,00 (2,00; 4,00)	36,0 (6,7)	25,8 (2,6)	10,2 (6,5)
	N	40,5 (10,8)	3,00 (1,50; 4,00)	34,5 (4,7)	26,1 (2,7)	8,4 (4,6)
		p=0,688	p=0,320	p=0,303	p=0,584	p=0,196
Dificuldade 21	S	44,1 (12,5)	1,00 (1,00; 3,00)	35,0 (5,5)	27,1 (2,5)	7,9 (3,6)
	N	39,9 (10,7)	3,00 (2,00; 4,00)	34,9 (5,3)	26,0 (2,7)	8,9 (5,3)
		p=0,248	p=0,028	p=0,933	p=0,190	p=0,553
Dificuldade 22	S	39,5 (11,4)	3,00 (2,00; 4,00)	34,9 (5,6)	26,0 (2,5)	8,9 (5,7)
	N	41,3 (10,2)	3,00 (1,00; 4,00)	34,9 (5,0)	26,1 (2,9)	8,8 (4,6)
		p=0,389	p=0,522	p=0,958	p=0,933	p=0,923
Dificuldade 23	S	44,8 (11,7)	1,50 (1,00; 4,00)	36,7 (4,8)	26,0 (2,3)	10,7 (5,6)
	N	39,6 (10,6)	3,00 (2,00; 4,00)	34,6 (5,3)	26,1 (2,8)	8,5 (5,1)
		p=0,076	p=0,065	p=0,136	p=0,931	p=0,117
Dificuldade 24	S	41,8 (10,8)	3,00 (1,25; 4,00)	34,3 (4,3)	26,0 (2,3)	8,3 (4,1)
	N	39,9 (10,9)	3,00 (2,00; 4,00)	35,0 (5,6)	26,1 (2,8)	9,0 (5,4)
		p=0,461	p=0,818	p=0,554	p=0,897	p=0,592
Dificuldade 25	S	41,5 (11,8)	3,00 (1,00; 4,00)	36,6 (5,7)	26,7 (2,6)	9,9 (5,7)
	N	39,7 (10,3)	3,00 (2,00; 4,00)	33,9 (4,8)	25,7 (2,7)	8,3 (4,8)
		p=0,404	p=0,250	p=0,010	p=0,048	p=0,111
Dificuldade 26	S	40,8 (11,4)	3,00 (1,00; 4,00)	35,3 (5,6)	26,1 (2,7)	9,1 (5,5)
	N	39,2 (9,8)	3,00 (2,00; 4,00)	34,1 (4,6)	25,9 (2,7)	8,2 (4,5)
		p=0,465	p=0,633	p=0,289	p=0,755	p=0,357
Dificuldade 27	S	39,9 (11,9)	4,00 (1,00; 4,00)	37,7 (5,7)	26,6 (3,2)	11,1 (6,4)
	N	40,4 (10,7)	3,00 (2,00; 4,00)	34,4 (5,1)	26,0 (2,6)	8,4 (4,9)
		p=0,886	p=0,811	p=0,019	p=0,377	p=0,055
Dificuldade 28	S	44,2 (10,9)	2,50 (1,00; 3,75)	36,8 (5,7)	26,7 (2,7)	10,1 (6,0)
	N	39,0 (10,6)	3,00 (2,00; 4,00)	34,3 (5,0)	25,8 (2,7)	8,4 (4,9)

		p=0,027	p=0,027	p=0,027	p=0,144	p=0,137
Dificuldade 29	S	41,4 (11,3)	2,00 (1,00; 3,75)	36,8 (6,0)	25,6 (2,3)	11,3 (5,7)
	N	40,0 (10,8)	3,00 (2,00; 4,00)	34,4 (5,0)	26,2 (2,8)	8,2 (4,9)
		p=0,570	p=0,006	p=0,045	p=0,308	p=0,009
Dificuldade 30	S	47,6 (10,7)	2,00 (1,00; 4,00)	37,7 (5,3)	25,8 (2,5)	11,9 (5,9)
	N	38,2 (10,0)	3,00 (2,00; 4,00)	34,1 (5,0)	26,1 (2,8)	8,0 (4,7)
		p=0,000	p=0,104	p=0,002	p=0,598	p=0,001
Dificuldade 31	S	37,3 (11,1)	3,00 (2,00; 4,00)	36,0 (5,0)	26,0 (2,6)	10,0 (5,2)
	N	40,9 (10,8)	3,00 (1,50; 4,00)	34,7 (5,4)	26,1 (2,7)	8,6 (5,2)
		p=0,176	p=0,960	p=0,322	p=0,905	p=0,283
Dificuldade 32	S	41,5 (9,3)	2,00 (1,00; 4,00)	36,8 (5,6)	26,3 (2,8)	10,5 (6,9)
	N	39,9 (11,4)	3,00 (2,00; 4,00)	34,2 (5,0)	26,0 (2,7)	8,2 (4,3)
		p=0,492	p=0,053	p=0,022	0,572	0,103
Dificuldade 33	S	43,2 (12,2)	1,50 (1,00; 4,25)	35,2 (3,2)	26,5 (1,7)	8,7 (3,4)
	N	39,9 (10,7)	3,00 (2,00; 4,00)	34,9 (5,5)	26,0 (2,8)	8,9 (5,4)
		p=0,284	p=0,394	p=0,733	p=0,385	p=0,906
Dificuldade 34	S	43,5 (10,4)	3,00 (1,00; 4,00)	35,8 (5,9)	26,0 (2,9)	9,8 (6,2)
	N	37,5 (10,6)	3,00 (2,00; 4,00)	34,1 (4,6)	26,1 (2,5)	8,0 (4,0)
		p=0,003	p=0,111	p=0,096	p=0,836	p=0,081

* Escolaridade: 0 – Analfabeto, 1 – 4 anos, 2 – 6 anos, 3 – 9 anos, 4 – 12 anos, 5 – Licenciatura, 6 – Mestrado, 7 – Doutoramento



Anexo C

Tabela B. Dificuldades sentidas no cumprimento de um plano alimentar.





Tabela B. Comparação dos resultados atuais e os encontrados por *Correia et al*⁽²⁴⁾ relativamente às dificuldades sentidas no cumprimento de um plano alimentar.

Trabalho atual (%)	Dificuldades de cumprimento	<i>Correia et al</i> (%)
64,6	Sim	54,1
35,4	Não	45,9



Anexo D

Tabela C. Grau de dificuldade no cumprimento de um plano alimentar.





Tabela C. Comparação do grau de dificuldade no cumprimento de um plano alimentar, entre os resultados atuais e os encontrados por *Correia et al.*⁽²⁴⁾

Atual (%)	Grau de dificuldade	Correia et al (%)
7,1	1. Pouca dificuldade	12,7
34,5	2. Alguma dificuldade	22,6
34,5	3. Bastante dificuldade	44,4
21,2	4. Muita dificuldade	14,1
2,7	5. Muitíssima dificuldade	6,2



Anexo E

Tabela D. Frequências das barreiras no cumprimento de um plano alimentar.





Tabela D. Frequências de resposta de cada barreira ao cumprimento de um plano alimentar, comparação entre os resultados atuais e os encontrados por *Correia et al.*⁽²⁴⁾

Afirmações	Atual (%)	Correia et al (%)
1. Não consigo fazer dieta porque os horários de trabalho não permitem.	30,1	16,1
2. A dieta é comida que não apetece comer.	10,6	11,4
3. Não sou capaz de cozinhar dieta.	8,0	9,3
4. Sinto dificuldade em cumprir porque tenho um estilo de vida muito atarefado.	37,2	16,9
5. Sinto que quando estou a cumprir dieta sou diferente de quem está à minha volta.	20,4	15,3
6. Onde como não se fazem dietas.	16,8	12,2
7. Sinto-me fraca quando faço dieta, com falta de forças.	26,5	25,4
8. A minha família e amigos gostam de outro tipo de comida.	46,0	32,9
9. Fazer dieta é uma grande mudança na minha alimentação habitual.	39,8	28,8
10. Tenho dificuldade em encontrar os alimentos de dieta.	5,3	9,8
11. A dieta obriga-me a deixar de comer o que gosto.	59,3	56,1
12. A dieta é comida diferente da que estou habituada.	35,4	28,6
13. A comida de dieta é mais cara.	17,7	17,5
14. A dieta não é comida suficiente, fico com fome.	24,8	28,8
15. Para preparar a dieta é mais perco muito tempo, pois exige uma preparação demorada.	8,8	5,6
16. Não tenho força de vontade para fazer dieta.	25,7	20,1
17. Eu não quero mudar os meus hábitos alimentares.	2,7	3,2
18. O aumento de peso é de família.	41,6	28,3
19. Ansiedade e nervoso fazem com que eu coma mais.	79,6	57,0
20. Quando tenho comida à frente não resisto.	24,8	18,0
21. A comida de dieta não é saborosa.	8,8	10,3
22. Gosto de comer doces.	54,0	31,2
23. As dietas interferem com a vida familiar.	14,2	8,7
24. Saber que vou ter que fazer dieta sempre.	21,2	17,5
25. Comer diminui-me o nervoso.	35,4	19,0
26. Gosto de comer.	68,1	36,5
27. Não consigo parar de comer depois de começar.	15,0	12,4
28. Penso sempre que amanhã vou iniciar a dieta.	24,8	19,8
29. Sinto-me insatisfeita a fazer dieta.	21,2	12,7
30. Não consigo levar uma dieta a sério.	22,1	25,4
31. Sinto-me desanimada quando faço dieta.	17,7	13,5
32. A dieta obriga a cozinhar à parte.	26,5	28,1
33. A dieta não me dá prazer.	12,4	10,3
34. Sinto-me desconsolada a fazer dieta.	46,0	28,3
35. Outras	3,6	1,6



Anexo F

Tabela E. Ordenação das barreiras mais indicadas.





Tabela E. Ordenação das barreiras mais indicada, comparação entre os resultados atuais e os encontrados por *Correia et al.*⁽²⁴⁾

%	Atual		<i>Correia et al</i>	%
79,6	Ansiedade e nervoso fazem com que eu coma mais. (19)	1^a	Ansiedade e nervoso fazem com que eu coma mais. (19)	57,0
68,1	Gosto de comer. (26)	2^a	A dieta obriga-me a deixar de comer o que gosto. (11)	56,1
59,3	A dieta obriga-me a deixar de comer o que gosto. (11)	3^a	Gosto de comer. (26)	36,5
54,0	Gosto de comer doces. (22)	4^a	A minha família e amigos gostam de outro tipo de comida. (8)	32,9
46,0	A minha família e amigos gostam de outro tipo de comida. (8)	5^a	Gosto de comer doces. (22)	31,2
46,0	Sinto-me desconsolado a fazer dieta. (34)	5^a		



Anexo G

Tabela F. Ordenação das barreiras menos indicadas.





Tabela F. Ordenação das barreiras menos indicadas, comparação entre os resultados atuais e os encontrados por *Correia et al*⁽²⁴⁾.

%	Atual		<i>Correia et al</i>	%
2,7	Eu não quero mudar os meus hábitos alimentares. (17)	1 ^a	Eu não quero mudar os meus hábitos alimentares. (17)	3,2
5,3	Tenho dificuldade em encontrar os alimentos da dieta. (10)	2 ^a	Para preparar a dieta perco muito tempo, pois exige uma preparação demorada. (15)	5,6
8,0	Não sou capaz de cozinhar dieta. (3)	3 ^a	As dietas interferem com a vida familiar. (23)	8,7
8,8	Para preparar a dieta perco muito tempo, pois exige uma preparação demorada. (15)	4 ^a	Não sou capaz de cozinhar dieta. (3)	9,3
8,8	A comida de dieta não é saborosa. (21)	5 ^a	Tenho dificuldade em encontrar os alimentos da dieta. (10)	9,8