

## Perfil e variação de peso corporal de pacientes obesos atendidos em um ambulatório de nutrição do Sul do Brasil

### Profile and body weight change of obese patients treated at a nutrition clinic in southern Brazil

Hartwig dos Santos, Rochele da Silva<sup>1</sup>; Dandolini Saccon, Tatiana<sup>1</sup>; Doumid Borges Pretto, Alessandra<sup>2</sup>; Alberici Pastore, Carla<sup>2</sup>; Nunes Moreira, Ângela<sup>1</sup>

1 Universidade Federal de Pelotas.

2 Universidade Católica de Pelotas.

Recibido: 30/noviembre/2015. Aceptado: 29/enero/2016.

#### RESUMO

**Introdução:** A obesidade representa hoje um importante problema de saúde pública e cresce o número de pacientes obesos atendidos nos ambulatórios de nutrição.

**Objetivo:** Avaliar o perfil e a variação de peso corporal dos pacientes obesos atendidos em ambulatório de nutrição do Sul do Brasil, entre janeiro de 2007 e junho de 2012.

**Métodos:** Estudo retrospectivo com dados secundários, obtidos dos prontuários de pacientes obesos de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 18 anos, que freqüentaram pelo menos duas consultas neste serviço de saúde. O desfecho do estudo foi a porcentagem de variação de peso entre a primeira e a última consulta no período. As variáveis avaliadas foram: idade, diagnóstico, número de consultas, tempo de intervenção, uso de cigarros e consumo de bebida atuais, funcionamento intestinal, prática de atividade

física e IMC na primeira e última consulta. Para as análises estatísticas, foram utilizados os testes de qui-quadrado, *Kruskal Wallis* e Bonferroni (Stata® 11.1), sendo considerados significativos os valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Dos 451 pacientes obesos, a maioria (79,2%) era do sexo feminino e somente 2,8% freqüentou o ambulatório por mais de 24 meses. Mais da metade da amostra apresentou perda de até 5% do peso inicial e quanto maior o número de consultas e o tempo de intervenção, maior o percentual de perda de peso.

**Discussão:** Assim como em outros estudos, a maior demanda por atendimento no ambulatório de nutrição foi do sexo feminino e, embora o tempo de intervenção no serviço de nutrição tenha sido baixo, a maioria dos pacientes apresentou perda de peso, o que representa uma intervenção nutricional regular.

**Conclusão:** A intervenção nutricional contínua se faz necessária para melhorar o estado nutricional e promover qualidade de vida para os pacientes obesos.

#### PALAVRAS-CHAVE

Estado nutricional, perda de peso, tempo de intervenção.

#### Correspondencia:

Alessandra Doumid Borges Pretto  
alidoumid@yahoo.com.br

## ABSTRACT

**Introduction:** Obesity today represents an important public health problem e expand the number of obese patients treated in outpatient clinics of nutrition.

**Objectives:** This article aimed to evaluate the profile and body weight gain of obese patients seen in an outpatient nutrition southern Brazil, between January 2007 and June 2012.

**Methods:** Retrospective study using secondary data obtained from the medical records of obese patients of both genders, with age greater than or equal to 18 years, who attended at least two consultations in this health service. The outcome of the study was the percentage of variation in weight between the first and the last query in the period and the assessed variables were: age, diagnosis, number of consultations, intervention time, smoking and alcohol consumption current, intestinal function, practice of physical activity and BMI in the first and last visit. For statistical analyzes, were used tests of Chisquare, *Kruskal Wallis* and Bonferroni (Stata® 11.1), being considered significant values of  $p < 0.05$ .

**Results:** The study sample consisted of 451 obese patients. Most patients (72.8 %) were female and only 2.8% attended the clinic for more than 24 months. About 76 % of patients experienced weight loss, and more than half the patients showed loss of up to 5 % of their initial weight. Moreover, the greater the number of queries and the time of intervention, the greater the percentage of weight loss ( $p < 0.001$ ).

**Discussion:** As well as in other studies, the increased demand for care in the outpatient clinic of nutrition was female and, although the time of intervention in nutrition service has been low, the majority of patients had weight loss, which represents a nutritional intervention regular.

**Conclusion:** Continuous nutritional intervention is needed to improve the nutritional status and promote quality of life for obese patients.

## KEYWORDS

Nutritional status, weight loss, operating time.

## INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica multifatorial, definida como excesso de gordura corporal. Sua etiologia

pode estar relacionada à ingestão alimentar excessiva e pouco saudável, ao sedentarismo, e a fatores genéticos, metabólicos, socioculturais e psicossociais<sup>1</sup>. A obesidade é, ainda, fator de risco para várias doenças, em particular para as cardiovasculares e metabólicas, como hipertensão, dislipidemia, infarto agudo do miocárdio e diabetes tipo II, para diversos tipos de câncer, como de cólon, mama, rins, vesícula biliar e endométrio<sup>2</sup>.

Tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento tem-se considerado o aumento da obesidade um importante problema de saúde pública<sup>3</sup>. A obesidade leva a um aumento substancial na utilização dos recursos de saúde com elevados custos econômicos, uma vez que contribui para a carga global de doenças crônicas e incapacidade. Os custos da obesidade e suas consequências negativas para a saúde foram estimados entre 0,7 e 7,0% dos gastos nacionais com saúde em todo o mundo<sup>4</sup>.

A transição nutricional que vem ocorrendo na sociedade brasileira pode estar associada a modificações nos padrões de ingestão alimentar e gasto energético, que se devem à rápida modificação ambiental, cultural, econômica e demográfica que está ocorrendo no país<sup>5</sup>. Aliando-se esse fator ao declínio progressivo da atividade física dos indivíduos, percebem-se alterações concomitantes na composição corporal, principalmente o aumento da gordura<sup>6</sup>. Estudos tem comprovado que essa transição nos padrões nutricionais, relacionados a mudanças demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas ao longo do tempo estão refletindo nos dois extremos da má nutrição, desnutrição pela carência e obesidade pelo excesso, onde observa-se diminuição progressiva da desnutrição e aumento da obesidade<sup>6,7</sup>.

Em 2008, 1,5 bilhões de pessoas no mundo sofriam de sobrepeso e aproximadamente 2,8 milhões morrem a cada ano como resultado dessa epidemia. A projeção para 2015 é de 700 milhões de obesos<sup>8</sup>. Segundo estatísticas americanas, a obesidade atinge 33,8% da população adulta, sendo que 68% têm excesso de peso ou são obesos. Estima-se que até 2015, 75% da população dos Estados Unidos terá um aumento de peso corporal e 48% serão obesos<sup>8</sup>.

No Brasil, uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 2009, revelou que a obesidade aumentou entre os brasileiros. Cerca de 13% dos adultos são obesos, sendo o índice maior entre as mulheres (13,6%) do que entre os homens (12,4%). Esses índices au-

mentaram quando comparados aos de uma pesquisa realizada pelo IBGE em 2004, em que a obesidade afetava 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres adultas do país<sup>4</sup>. Portanto, para realizar o planejamento de ações preventivas e curativas nos serviços ambulatoriais de nutrição é de suma importância conhecer o perfil dos pacientes que frequentam este serviço.

É de extrema importância o estudo de pacientes com obesidade, a fim de se traçar um perfil destes, assim como da efetividade do acompanhamento nutricional realizado através do Sistema Único de Saúde (SUS). Existem políticas de combate a obesidade em todas as faixas etárias, mas é fundamental observar se estas políticas estão sendo colocadas em prática no atendimento ao paciente obeso.

O presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil dos pacientes com obesidade atendidos em um ambulatório de nutrição do Sul do Brasil entre o período de janeiro de 2007 a junho de 2012, assim como avaliar o efeito do acompanhamento nutricional ambulatorial sobre a variação do peso.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo, que utilizou dados de fontes secundárias, obtidos a partir de todos os prontuários dos pacientes atendidos em um ambulatório de nutrição do município de Pelotas/RS/Brasil, no período de janeiro de 2007 a junho de 2012. Todos os pacientes, atendidos no respectivo ambulatório pelo Sistema Único de Saúde (SUS), receberam orientação nutricional e dietas específicas para a sua situação clínica.

Os dados foram obtidos a partir da primeira e última consulta. Os critérios de inclusão no estudo foram: ser paciente com obesidade na primeira consulta, definida conforme os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>9</sup>, onde o Índice de Massa Corporal (IMC) é igual ou superior a 30 Kg/m<sup>2</sup>; ter idade maior ou igual a 18 anos; apresentar todos os dados completos no prontuário; e ter frequentado pelo menos duas consultas neste serviço de saúde. E os critérios de exclusão no estudo foram: ser criança ou adolescente, ter estado nutricional classificado de acordo com o IMC, como: baixo peso, eutrofia ou sobrepeso na primeira consulta, apresentar um prontuário incompleto e ter pouca frequência no atendimento ambulatorial (consultado somente uma vez).

O desfecho do estudo foi a porcentagem de variação de peso entre a primeira e a última consulta no período.

As variáveis referentes ao desfecho principal foram agrupadas em sete categorias: perda de peso maior que 10%, perda de peso de 5% a 10%, perda de peso de até 5%, manutenção do peso, ganho de peso de até 5%, ganho de peso de 5 a 10% e ganho de peso maior que 10% do peso inicial.

As variáveis avaliadas foram: idade (em anos, calculada a partir da data de nascimento; variável contínua), sexo (feminino ou masculino; variável dicotômica), diagnóstico (diabetes *mellitus*, hipertensão, doenças cardiovasculares, dislipidemia, AIDS e outras doenças; variável categórica), número de consultas (2 a 4 consultas, 5 a 9 consultas e mais de 10 consultas; variável categórica), tempo de intervenção (intervalo de tempo, em meses, transcorrido entre a primeira e a última consulta de cada paciente, 1 a 5 meses, 6 a 11 meses, 12 a 23 meses e mais de 24 meses; variável categórica), uso de cigarro e consumo de bebida alcoólica atuais (autorreferidos, sim ou não; variáveis dicotômicas), funcionamento intestinal (autorreferido, normal, constipação ou diarreia; variável categórica), prática de atividade física na primeira e última consulta (autorreferidas, sim ou não; variáveis dicotômicas) e IMC na primeira e última consulta ( $IMC = \text{peso [Kg]} \div \text{altura}^2 \text{ [m]}$ ; variável contínua).

Na avaliação do estado nutricional considerou-se o IMC para a classificação da obesidade. Foram utilizados pontos de corte, de acordo com os riscos de co-morbidades, sendo considerados: obesidade grau I, risco moderado; obesidade grau II, risco grave e obesidade grau III, risco muito grave<sup>9</sup>. Para a avaliação de peso foi utilizada uma balança de marca Welmy<sup>®</sup>, com capacidade de 200 kg e precisão de 100 g. A mensuração da estatura foi realizada com o estadiômetro da balança, com capacidade de 2 m e precisão de 0,5 cm.

Os dados foram digitados em banco no *software* Microsoft Excel<sup>®</sup>. As análises estatísticas foram realizadas através do pacote estatístico Stata<sup>®</sup> 11.1, sendo considerados significativos os valores de  $p < 0,05$ . Foram realizadas análises descritivas e bivariadas entre as variáveis independentes e o desfecho. Como as variáveis não apresentaram distribuição paramétrica, foram utilizados os valores de mediana e intervalo interquartil (IIQ) e os testes Qui-quadrado, *Kruskal Wallise*, como teste Post-Hoc, Bonferroni.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), sob o parecer nº 362.069.

## RESULTADOS

Foram inicialmente analisados 1030 prontuários de pacientes atendidos em um ambulatório de nutrição do Município de Pelotas/RS, sendo excluídos 245 prontuários por serem de pacientes com idade inferior a 18 anos ou por apresentarem dados incompletos. Dos 785 prontuários restantes, 451 apresentaram diagnóstico de obesidade e, destes, 216 (47,8%) consultaram duas ou mais vezes no ambulatório e compuseram a amostra deste estudo.

A idade dos pacientes variou entre 18 e 84 anos (média de 45,66 ±14,61 anos), e 79,2% (n= 171) eram do sexo feminino. O número de consultas e o tempo de intervenção obtiveram medianas de 2 (IIQ 3 e 14) consultas e 3 (IIQ 1 e 29) meses, respectivamente, sendo o número mínimo de consultas 2 e o máximo 47, e o tempo de intervenção mínimo de 1 e o máximo de 66 meses. ( resultados não apresentados em tabela).

Dos 216 pacientes com diagnóstico de obesidade avaliados, 70,4% (n= 152) frequentaram de 2 a 4 consultas, 19,4% (n= 42) de 5 a 9 consultas e 10,2% (n= 22) compareceram a mais de 10 consultas. Com relação ao tempo de intervenção (em meses), para 64,8% (n=140) dos pacientes que retornaram às consultas, este foi de 1 a 5 meses, para 19,9% (n=43) de 6 a 11 meses, para 12,5% (n=27) de 12 a 23 meses e para 2,8% (n=6) dos pacientes, mais de 24 meses.

Na tabela 1 observa-se a distribuição dos pacientes que consultaram somente uma vez e dos que consultaram duas ou mais vezes no ambulatório, com relação ao diagnóstico de doenças, consumo de cigarro e álcool, funcionamento intestinal e prática de exercício físico, considerando a primeira consulta. A doença mais frequentemente presente tanto em pacientes que consultaram somente uma vez quanto nos que consultaram duas ou mais vezes foi a hipertensão arterial (45,5 e 56%, respectivamente), seguida de diabetes (27,2 e 30,5%, respectivamente) e dislipidemias (20 e 26,4%, respectivamente). Quanto aos hábitos de vida, o uso de cigarros foi o mais relatado e, com relação à função intestinal, aproximadamente um quarto da amostra referiu constipação em ambos os grupos avaliados. Já quanto à prática de exercício físico, entre os pacientes que consultaram 2 ou mais vezes, aproximadamente um terço da amostra a realizava primeira e última consulta (24,5 e 26,4%, respectivamente). E entre os que não retornaram ao serviço, 31,5% dos pacientes praticavam. Foi observada diferença significativa so-

**Tabela 1.** Distribuição percentual dos pacientes obesos que consultaram somente uma vez (n=235) e dos que consultaram duas ou mais vezes (n=216) em um ambulatório de nutrição do Município de Pelotas/RS, entre janeiro de 2007 e junho de 2012, na primeira consulta.

Variáveis	Pacientes que consultaram somente uma vez	Pacientes que consultaram 2 ou mais vezes
	n (%)	n (%)
<b>Diagnóstico</b>		
Diabetes Mellitus	64 (27,2)	66 (30,5)
Hipertensão Arterial	107 (45,5)	121 (56,0)**
Doença Cardiovascular	28 (11,9)	26 (12,0)
Dislipidemia	47 (20,0)	57 (26,4)
HIV+/AIDS	9 (3,8)	6 (2,8)
Outras doenças*	120 (51,0)	122 (56,5)
<b>Hábitos de Vida</b>		
Uso de cigarros	36 (15,3)	18 (8,3)***
Consumo excessivo de bebida alcoólica	5 (2,1)	0 (0)
<b>Função intestinal</b>		
Normal	177 (75,3)	157 (72,7)
Constipação	52 (22,1)	57 (26,4)
Diarréia	6 (2,5)	1 (0,5)
<b>Prática de exercício físico</b>		
	74 (31,5)	53 (24,5)

\* Outras doenças incluem: hipotireoidismo, hipertireoidismo, hepatite, esteatose hepática, gastrite, diverticulite, insuficiência renal crônica, bronquites, rinites, osteoporose, osteoartrose, além de transtornos psicológicos como a depressão.

\*\* p = 0,026, Teste Qui-quadrado.

\*\*\* p = 0,022, Teste Qui-quadrado.

mente quanto ao diagnóstico de hipertensão arterial (p=0,026) e ao uso de cigarro (p=0,022) entre pacientes que consultaram somente uma vez e os que consultaram duas ou mais vezes no ambulatório, ou seja, mais pacientes hipertensos e menos pacientes fumantes retornaram ao ambulatório.

A mediana da variação de peso foi de -2 Kg (IIQ -18,8 e 4,59) e da porcentagem de variação de peso de

-2,3%, sendo -22,3 kg o peso máximo perdido e 34 kg o peso máximo ganho. A maior porcentagem de perda de peso foi de 22,5% e a maior porcentagem de ganho de peso foi de 42,7%. Na (figura 1) observa-se a distribuição e o percentual dos pacientes de acordo com a variação de peso, onde 75,9% dos pacientes apresentou perda de peso, sendo que mais da metade da amostra apresentou perda de até 5% do seu peso inicial.

A porcentagem de perda de peso variou significativamente de acordo com o tempo de intervenção e o número de consultas, onde quanto maior o tempo de intervenção e o número de consultas maior a porcentagem de perda de peso ( $p < 0,001$ ) (Tabela 2).

Não houve associação entre prática de atividade física e percentual de perda de peso na amostra estudada, tanto na primeira ( $p = 0,7528$ ) quanto na última consulta no período ( $p = 0,6575$ ).

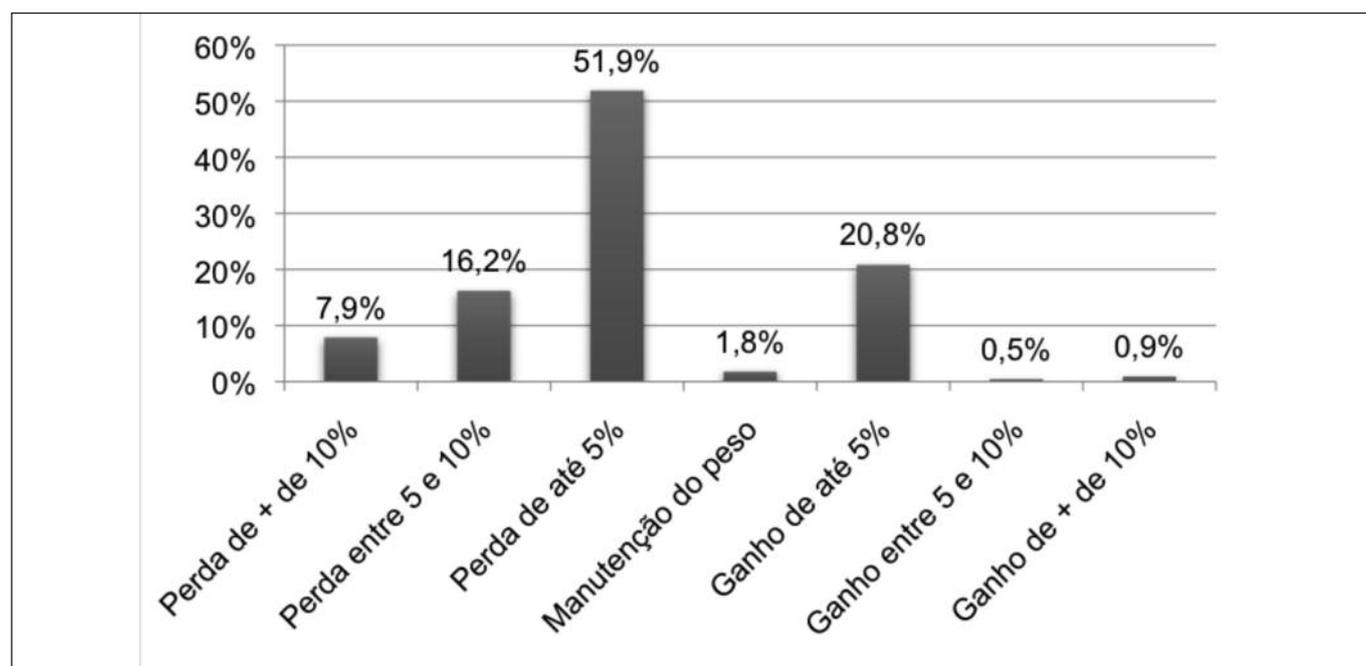
A mediana do IMC na primeira e última consultas foram de 34,1kg/m<sup>2</sup> (IIQ 31,8 e 38,5) e 33,3kg/m<sup>2</sup> (IIQ 31,1 e 37,2), respectivamente. Em relação ao IMC na última consulta, observou-se que 13,9% saíram da obesidade e atingiram o sobrepeso (IMC < 30Kg/m<sup>2</sup>), 49,5% apresentaram obesidade grau I, 22,2% obesidade grau II e 14,3% apresentaram obesidade grau III ( $p < 0,001$  em relação à classificação inicial do IMC) (Figura 2).

## DISCUSSÃO

A obesidade é considerada o principal problema de saúde pública da população mundial, atingindo todas as faixas etárias<sup>10</sup>. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que pelo menos 1 bilhão de pessoas apresente excesso de peso, das quais 300 milhões são obesos<sup>11</sup>. Além disso, sabe-se que a incidência ou persistência da obesidade em adultos está associada ao desenvolvimento de doenças crônicas e ao aumento do risco de mortalidade precoce<sup>12,13</sup>, e que a perda intencional de peso está associada à melhora destas complicações<sup>14,15</sup>. Por isso, faz-se necessário o estudo de pacientes obesos, a fim de traçar um perfil destes, assim como verificar a resposta ao acompanhamento e a efetividade do atendimento nutricional ambulatorial no âmbito do SUS.

O presente estudo demonstrou que pacientes obesos do sexo feminino foram mais frequentes no serviço de saúde avaliado. Estudo de Mendez et al mostrou que mulheres frequentemente apresentam mais excesso de peso do que baixo peso na maioria dos países em desenvolvimento, dados estes avaliados em mulheres de zona urbana e rural<sup>16</sup>. Gigante et al, encontraram em um estudo sobre a prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco, que o sexo feminino foi mais presente na amostra do que no sexo masculino (25%

**Figura 1.** Distribuição percentual dos pacientes obesos atendidos em um ambulatório de nutrição do Município de Pelotas/RS, entre janeiro de 2007 e junho de 2012, de acordo com a variação de peso (n=216).



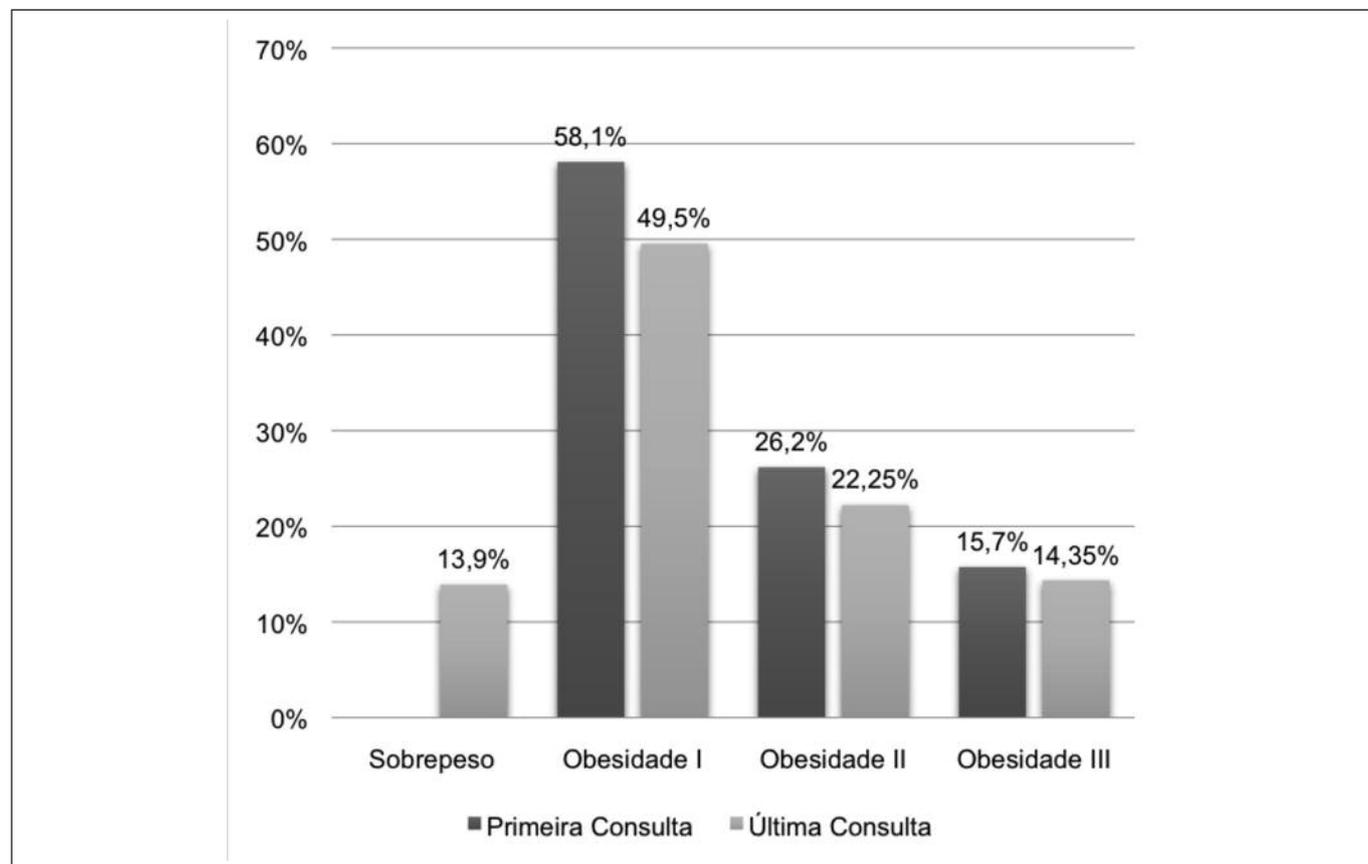
**Tabela 2.** Porcentagem de variação do peso entre a primeira e última consulta de pacientes obesos atendidos em um ambulatório de nutrição do Município de Pelotas/RS, entre janeiro de 2007 e junho de 2012, de acordo com o número de consultas e tempo de intervenção (n=216).

	Porcentagem de variação de peso				
	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo/máximo (%)	Valor p
<b>Número de consultas</b>					<0,001*
2 a 4	152	-1,75	4,64	-14,95/ 42,71	1,00#
5 a 9	42	-6,17	6,69	-22,52/ 4,16	<0,001#
≥ 10	22	-4,70	6,89	-15,81/ 12,48	0,050#
<b>Tempo de intervenção</b>					<0,001*
1 a 5 meses	140	-1,84	4,97	-16,68/ 42,71	1,00#
6 a 11 meses	43	-4,72	5,79	-21,98/ 4,16	0,016#
12 a 23 meses	27	-4,35	6,57	-22,52/ 12,48	0,178#
≥ 24 meses	6	-8,30	7,72	-15,81/ 1,63	0,029#

\*Teste de Kruskal-Wallis.

# Teste de Bonferroni (post-hoc).

**Figura 2.** Distribuição percentual dos pacientes obesos atendidos em um ambulatório de nutrição do Município de Pelotas/RS, entre janeiro de 2007 e junho de 2012, de acordo com o estado nutricional segundo o IMC na primeira e na última consulta (n =216).



e 15%, respectivamente)<sup>17</sup>. E estudo de Couto et al apontou marcadas diferenças por sexo quanto ao motivo da procura de serviços de saúde, sendo que as mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção, enquanto os homens procuram mais serviços de saúde por motivo de doença<sup>18</sup>.

Foi observado que mais da metade da amostra frequentou apenas uma consulta, o que mostra que mesmo sendo pacientes que necessitam de um acompanhamento nutricional, a adesão ao tratamento nem sempre é priorizada. Porto et al, em estudo que avaliou o perfil de obesos classe III em um ambulatório de um hospital da Bahia, tiveram 28,8% de abandono do tratamento após o primeiro contato<sup>19</sup>.

Quanto às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a mais prevalente foi à hipertensão arterial, seguida de diabetes e dislipidemias. Também Rochedo & Guedes encontraram como co-morbidades mais apresentadas pelos pacientes à hipertensão arterial (47%), seguida por dislipidemia (21%) e diabetes (13%)<sup>20</sup>. Feijão et al, em um estudo referente ao aumento da prevalência de hipertensão arterial, observaram que esta é diretamente proporcional ao aumento da massa corporal, de maneira que as pessoas com sobrepeso e obesidade apresentam maior prevalência de hipertensão arterial do que indivíduos com estado nutricional normal, o que mostra a relação de causa e efeito entre essas duas variáveis<sup>21</sup>.

Comparando os pacientes que consultaram somente uma vez com os que consultaram duas ou mais vezes no ambulatório, foi observada diferença significativa entre eles somente quanto ao número de pacientes hipertensos e de fumantes, onde mais hipertensos retornaram ao ambulatório e menos fumantes.

Com relação à variação de peso entre a primeira e a última consulta, observou-se que 75,9% dos pacientes apresentou perda de peso, sendo que mais da metade da amostra apresentou perda de até 5% do seu peso. Já Porto et al, encontraram que 67,1% da amostra perdeu ou ganhou menos do que 5% do peso inicial. Apesar da literatura científica considerar como uma redução de peso clinicamente significativa a redução de mais de 5% do peso inicial<sup>19</sup>, o fato de  $\frac{3}{4}$  dos pacientes ter perdido peso, mesmo que mais da metade tenha perdido somente até 5% do seu peso inicial, mostra que houve uma adesão regular ao tratamento nutricional. E, visto que a obesidade é um fator de risco para as DCNT, é importante salientar que a perda de

peso traz benefícios para estes pacientes, melhorando a qualidade de vida e diminuindo os riscos de doenças concomitantes<sup>19</sup>.

É relevante destacar que somente 47,8% dos obesos compareceram a duas ou mais consultas no ambulatório, isto mostra que um grande número de pacientes com obesidade, não possuem uma boa adesão ao tratamento nutricional.

Viana et al., em estudo com 318 pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, mostraram uma perda de peso superior a 5% em cerca de 50% dos pacientes, e superior a 10% em 14% dos pacientes. Em análise multivariada, foi demonstrado que o menor número e o menor intervalo entre as consultas foram associados à perda de peso final > 5 ou 10%. Além disto, a maior perda ponderal ocorreu nas primeiras consultas (perda máxima no quinto mês). Esses achados indicam que o mais importante determinante da perda de peso voluntária é o intervalo entre consultas: quanto menor tempo entre as consultas, maior a chance de perda de peso<sup>22</sup>.

Inúmeras são as estratégias para a redução de peso, entretanto, a perda ponderal e a manutenção desta em longo prazo representam na prática clínica um problema de difícil manejo<sup>23</sup>. A redução calórica, independente da composição de macronutrientes da dieta, parece ser o fator mais importante para a diminuição de peso<sup>24</sup>.

No que se refere à alteração do IMC entre a primeira e a última consulta, cerca de 14% da amostra apresentou alteração no estado nutricional mudando de categoria de obesidade para sobrepeso, o que reforça a adesão regular ao tratamento. Dias et al, observaram uma melhora significativa no estado nutricional dos pacientes com redução média de peso de 2,18 Kg ( $p=0,033$ ) em 3 meses de consulta<sup>25</sup>.

No presente estudo, quando observada a prática de atividade física, verificou-se que 24,5% da amostra praticava atividade física na primeira consulta, aumentando na última consulta para cerca de 26%, resultado esse que favorece o diagnóstico de obesidade e vai ao encontro do estudo de Barreto et al, em que a obesidade ( $IMC > 30 \text{Kg/m}^2$ ) associou-se inversamente com a atividade física<sup>26</sup>.

O estudo apresenta como limitações o fato de serem dados secundários coletados de prontuários, o que diminuiu o número da amostra, uma vez que foram excluídos os prontuários incompletos.

## CONCLUSÃO

A maior demanda por atendimento no ambulatório de nutrição foi do sexo feminino. Quase 14% da amostra avaliada conseguiu sair da obesidade e atingir o sobrepeso. Embora a taxa de abandono ao serviço de nutrição tenha sido elevada, entre os pacientes que retornaram às consultas 75,9% apresentou perda de peso, sendo que mais da metade apresentou perda de até 5% do seu peso, o que representa uma intervenção nutricional regular. Além disso, quanto maior o número de consultas e o tempo de intervenção, maior o percentual de perda de peso.

Portanto, a intervenção nutricional contínua se faz necessária para melhorar o estado nutricional e promover qualidade de vida para os pacientes obesos, bem como para a população em geral que procura este serviço de saúde.

## REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. (acessado 2013, 17 de setembro). Disponível em: [www.who.int/nutrition/publications/obesity\\_executive\\_summary.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity_executive_summary.pdf).
- Pappas P, Karaouli K. Health policy strategies for the treatment of obesity: a systematic review. *Int J CaringSci*, 2010; 3(3): 98-105.
- Holanda LGM, Martins MCC, Filho MDS, Carvalho CMRG, Assia RCA, Leal LMM, et al. Excesso de peso e adiposidade central em adultos de Teresina-PI. *RevAssocMedBras*, 2011; 57(1): 50-5.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO. Custos da obesidade no Brasil e no mundo [online]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/>.
- Cosme FB, Maressa PK, Hassan ME, HallageT, Granato P, KrinskiK, et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade geral e central em mulheres idosas da cidade de Curitiba, Paraná. *RevNutr Campinas*, 2008; 21(5): 525-33.
- Sarturi JB, Neves J, Peres KG. Obesidade em adultos: estudo de base populacional num município de pequeno porte no sul do Brasil em 2005. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2010; 15(1): 105-13.
- Silva VS, Petroski EL, Souza I, Silva DAS. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos do Brasil: um estudo de base populacional em todo território nacional. *RevBrasCiênc Esporte*, 2012; 34(3): 713-26.
- Wang Y, Beydoun MA. The Obesity Epidemic in the United States-Gender, Age, Socioeconomic, Racial/Ethnic, and Geographic Characteristics: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *EpidemiolRev*, 2007; 1:6-28.
- Organización Mundial de la Salud. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Ginebra: OMS; 1995. (Serie de Informes Técnicos; 854).
- Organização Mundial da Saúde. Division of non communicable Diseases. Programme of Nutrition Family and Reproductive Health. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity. Geneva; WHO; 1998.
- Haslam DW, James WPT. Obesity. *Lancet*, 2005; 366 (9492): 1197-209.
- Hu FB. Obesity epidemiology. USA: Oxford University Press; 2008.
- ABESO/SBEM. Atualização das diretrizes oficiais para tratamento farmacológico da obesidade e sobrepeso. Posicionamento Oficial da ABESO/SBEM; 2010.
- Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW Jr. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *N Engl J Med*, 1999; 341(15):1097-105.
- Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *JAMA*, 2005; 293(15):1861-7.
- Mendez M, Moneiro C, Popkin B. overweight exceeds underweight among women in most developing countries. *Am J ClinNutr*, 2005; 81: 714-21.
- Gigante DP, Barros FC, Post CLA, Olinto MTA. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Rev Saúde Pública*, 1997; 31: 236-46.
- Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva, GSN, Gomes R, et al. Men in primary healthcare: discussing (in)visibility based on gender perspectives. *Interface - ComunicSaudeEduc*, 2010; 14(33): 257-70.
- Porto M, Brito I, Calfa A, Amoras M, Villela N, Araújo L. Perfil do obeso classe III do ambulatório de um hospital universitário de Salvador, Bahia. *ArqBras de EndocrinolMetab*, 2002; 46(6); 668-73.
- Rochedo M, Guedes M. Perfil dos pacientes do ambulatório de clínica médica. Estudo preliminar. *RevBrasClínMéd*, 2010; 8: 33-6.
- Feijão AMM, Gadelha FV, Bezerra AA, Oliveira AM, Silva MSS, Lima JWO. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial em população urbana de baixa renda. Fortaleza, CE. *ArqBrasCardiol*, 2005; 84(1): 29-33.
- Viana LV, Paula TP, Leitão CB, Azevedo MJ. Fatores determinantes de perda de peso em adultos submetidos a intervenções dietoterápicas. *ArqBrasEndocrinolMetab*, 2013; 57(9): 717-21.
- Sacks FM, Bray GA, Carey VJ, Smith SR, Ryan DH, Anton SD, et al. Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. *N Engl J Med*, 2009; 360(9):859-73.
- Foster GD, Wyatt HR, Hill JO, Makris AP, Rosenbaum DL, Brill C, et al. Weight and metabolic outcomes after 2 years on a low-carbohydrate versus low-fat diet: a randomized trial. *Ann InternMed*, 2010; 153(3): 147-57.
- Dias P, Reis R, Parente F, Silva JM, Moura JJA. Evolução do peso numa consulta de dislipidemias. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Medicina Interna*, 2005; 12: 197-202.
- Barreto SM, Passos VMA, Lima-Costa MFF. Obesity and underweight among Brazilianelderly. The Bambuí Health and Aging Study *CadSaúdePública*, 2003; 9: 605-12.