

AUTORES:

Clara Estima Martins ^{1,2}Nuno Corte-Real ¹Ruth Jimenez ³Carla Rego ⁴António Manuel Fonseca ¹

¹ Centro de Investigação, Formação, Intervenção e Inovação em Desporto (CIFI2D), Faculdade de Desporto, Universidade do Porto, Portugal.

² Hospital da Prelada, Porto, Portugal Portugal.

³ Facultad de Ciencias del Deporte, Universidad de Extremadura, España.

⁴ Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal.

<https://doi.org/10.5628/rpcd.19.02.46>

O exercício físico na mulher obesa: Um estudo prévio à cirurgia de obesidade.

PALAVRAS-CHAVE:

Obesidade. Mulheres. Exercício físico.

Barreiras. Modelo transteórico.

SUBMISSÃO: 10 de Janeiro de 2019

ACEITAÇÃO: 28 de Agosto de 2019

RESUMO

A obesidade é uma patologia crónica com graves riscos para a saúde que resulta de um desequilíbrio de natureza genética, alimentar e/ou comportamental. O presente estudo avaliou os hábitos de exercício físico, a intenção e as barreiras associadas à prática regular de exercício físico em mulheres com obesidade em acompanhamento hospitalar e multidisciplinar, em fase prévia à cirurgia de obesidade. Trezentas e quarenta e nove mulheres (40.86 ± 10.95 anos) foram sujeitas a uma entrevista clínica semiestruturada que avaliava a obesidade nas suas componentes clínicas e sociodemográficas, bem como os níveis de prática de exercício físico e as barreiras percebidas. Os dados foram analisados com base no modelo transteórico de mudança. Clinicamente, todas as participantes apresentavam diagnóstico de obesidade, tendo a maioria (54.7%) uma obesidade de grau III. A maioria (74.2%) não incluía qualquer exercício físico na sua vida diária, 49% encontrava-se no estágio de pré-contemplação, 25.2% em contemplação, e 5.7% em preparação; quase 20% estavam nos estádios de ação (10.9%) e manutenção (9.2%). No que respeita às barreiras associadas ao exercício físico, as mais referenciadas foram a falta de motivação (34.7%), a falta de tempo (33.2%) e a doença (25.8%). Estes dados revelam uma reduzida intenção de prática de exercício físico nas participantes, pelo que será importante melhorar os níveis motivacionais para um exercício físico regular nesta população, integrando-o numa avaliação multidisciplinar para uma melhor eficácia no processo de perda de peso, desde o período anterior à cirurgia de obesidade.

CORRESPONDÊNCIA: Clara Estima. Faculdade de Desporto, Universidade do Porto, Rua Dr. Plácido Costa, 91, 4200-450, Porto, Portugal.
email: clara.estima@gmail.com

Physical exercise in obese women: A study prior to obesity surgery.

ABSTRACT

Obesity is a chronic disease with serious health risks resulting from an imbalance of genetic, nutritive and/ or behavioral nature. The present study evaluated the physical exercise habits, as well as the intention and associated barriers to engage in regular physical exercise in obese women in a hospital setting and multidisciplinary follow-up prior to a possible obesity surgery. Three-hundred and forty-nine obese women (40.86 ± 10.95 years old) responded to a semistructured clinical interview which evaluated the sociodemographic and clinical components of obesity, as well as their levels of physical activity and perceived barriers to exercise. Data were analyzed according to the transtheoretical model of change. Clinically, all participants were obese and the majority (54.7%) reported grade III of obesity. The majority (74.2%) did not engage in physical exercise in their daily life, 49% were in the precontemplation stage, 25.2% in contemplation, and 5.7% in preparation; approximately 20% were in the action (10.9%) or maintenance (9.2%) stages of regular physical exercise. The most frequently mentioned barriers associated to physical exercise were lack of motivation (34.7%), lack of time (33.2%), and disease (25.8%). These data revealed the obese women candidate for obesity surgery involved in this study showed a reduced intention to engage in physical exercise. Hence, it will be important to improve motivational levels for regular physical exercise in this population, integrating physical exercise in the multidisciplinary evaluation thus promoting a better efficacy of the weight loss process preceding from before the obesity surgery.

KEYWORDS:

Obesity. Women. Physical exercise.

Barriers. Transtheoretical model.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a obesidade é considerada uma patologia crónica com graves riscos para a saúde humana, sendo considerada, especialmente em países desenvolvidos - onde é mais prevalente – uma doença endémica que requer atenção ao nível da saúde pública (Direção Geral da Saúde [DGS], 2005; Gaio et al., 2018; Xiao & Yang, 2012). Com efeito, a obesidade está associada a um aumento do risco de mortalidade e de várias doenças e patologias do foro cardiovascular, diabetes e alguns tipos de cancro, bem como a um elevado número de problemas de saúde mental, em particular de depressão (Fox & Hillsdon, 2007; Stamatikis, Ekelund, & Wareham, 2007).

A evolução das condições sociais e profissionais tem conduzido a um incremento de estilos de vida sedentários, que se tem associado um aumento dos índices de prevalência da obesidade (Carmo et al., 2008; DGS, 2005; Fox & Hillsdon, 2007). Dados sobre a prevalência da obesidade em Portugal entre 2003 e 2005 indicam que mais de metade da população adulta entre os 18 e os 64 anos tinha excesso de peso ou obesidade (à semelhança do que ocorre nos Estados Unidos da América). Além disso, é de sublinhar que a prevalência desta condição aumentou de 49.6% entre 1995 e 1998, para 53.6%, entre 2003-2005 (Carmo et al., 2008). Em paralelo, o inquérito nacional de saúde de 2014 mostrou que 52.8% da população tinha excesso de peso e 16.4% era obesa. Um ano mais tarde, em 2015, dados obtidos no inquérito nacional de saúde com exame físico do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge revelaram que o cenário tinha piorado: cerca de dois terços da população residente em Portugal, com idades compreendidas entre os 25 e os 74 anos, foram identificados como sofrendo de excesso de peso e obesidade, existindo 28.6% indivíduos obesos. Ainda de acordo com este inquérito, a prevalência de excesso de peso era superior nos homens, mas a prevalência de obesidade era superior nas mulheres.

Segundo Pereira e Mateus (2003), tendo em conta estimativas de custos diretos e indiretos, calcula-se que o problema da obesidade tenha custado a Portugal, em 2002, quase 500 milhões de euros, repartidos entre 82.3 milhões gastos no tratamento em ambulatório da obesidade e co-morbilidades, 87 milhões em internamentos, 128 milhões em consumo de medicamentos, 83 milhões em perdas de produtividade associadas à incapacidade temporária e 116,6 milhões em perdas económicas relacionadas com uma mortalidade prematura.

Para fazer face a esta doença, nos dias de hoje existe uma ampla variedade de tratamentos, os quais incluem a prática de exercício físico (EF) - ou seja, toda a atividade física planeada, estruturada e repetitiva que tem por objetivo a melhoria ou a manutenção de um ou mais componentes da aptidão física (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985) -, o controlo dietético, o tratamento psicológico e/ ou psiquiátrico, tratamentos farmacológicos e várias técnicas de tratamento cirúrgico (Xiao & Yang, 2012). Para serem eficazes, estes tratamentos devem ser considerados em complementaridade e de um modo continuado,

por equipas multidisciplinares. A cirurgia deveria ser um último recurso após tentativas falhadas de outra ordem. Numa consulta de psicologia de avaliação e de acompanhamento de casos de obesidade, por exemplo, o psicólogo deve abordar com o paciente comportamentos e objetivos relacionados com o peso e desenvolver um plano de ação personalizado para melhorar a sua adesão à dieta alimentar e ao EF, de forma a melhorar a sua qualidade de vida, a sua estabilidade emocional e a sua motivação intrínseca. Saliente-se que a existência de alterações psicopatológicas e/ ou de personalidade com significado clínico têm sido descritas como podendo comprometer o tratamento, nomeadamente através da não-adesão (Toth-Capelli, Brawer, Plumb, & Daskalakis, 2013; Travado, Pires, Martins, Ventura, & Cunha, 2004).

Nessa medida, o equilíbrio das variáveis psicológicas (e.g., cognitivas, de atitude e as relacionadas com os afetos), em consonância com a prática de EF e com hábitos alimentares adequados, constituem preditores individuais no sucesso da perda de peso (King & Bond, 2013; Mcinnis, Franklin, & Rippe, 2003; Teixeira et al., 2006). Ao promover os benefícios físicos, emocionais e sociais associados à perda de peso, poder-se-á ajudar pessoas com obesidade a sentirem-se verdadeiramente melhor sucedidas, mais satisfeitas e mais intrinsecamente motivadas com os resultados do tratamento, ultrapassando mais eficazmente as barreiras que se colocam à prática de EF (e.g., falta de motivação, falta de tempo, influência social) e tornando-se mais ativas, de forma continuada, autónoma e autorregulada (Arango, Patiño, Quintero, & Arenas, 2006; Teixeira et al., 2006). Adicionalmente, existem evidências de que o aumento do EF em fase pré-operatória poderá levar à redução de riscos cirúrgicos, corroborando a ideia de que um aconselhamento adequado neste domínio deveria ser iniciado previamente à cirurgia e continuado ao longo do período pós-operatório (Toth-Capelli et al., 2013).

O *American College of Sports Medicine* recomenda a prática de 30 minutos de atividade física e exercício cinco dias por semana, ou o equivalente a 150 minutos semanais em atividades com intensidade moderada (Garber et al., 2011), podendo essa prática desenvolver-se numa variedade de domínios, (e.g., transportes, vida doméstica, ocupação profissional, tempos livres). Se for regular e intensa, mas ajustada à idade, não só reduz o risco de doenças como também potencializa o equilíbrio do peso corporal e, conseqüentemente, a saúde física e psicológica nas suas vertentes objetiva e percebida pela pessoa (Jiménez, Martínez, Miró, & Sánchez, 2008).

No contexto de avaliação da adesão ao EF, o modelo transteórico (MTT) de mudança de comportamento desenvolvido em 1982 por Prochaska e Di Clemente (1982) classifica os estádios de mudança do comportamento desde o indivíduo inativo ao fisicamente e regularmente ativo, considerando os processos envolvidos na implementação e na manutenção da mudança. Especificamente, este modelo tem em atenção a capacidade de tomada de decisão de cada indivíduo baseada na sua intenção auto-reportada, com possíveis modi-

ficações ao longo do tempo (Prochaska, Di Clemente, & Norcross, 1992), classificando os sujeitos em cinco estádios diferentes: (1) pré-contemplação – o indivíduo não tem intenção de mudar o seu comportamento nos seis meses seguintes; (2) contemplação – o indivíduo tem consciência de que existe um problema e pensa seriamente mudar o seu comportamento nos seis meses seguintes, mas ainda não passou à ação; (3) preparação – podem já ter ocorrido algumas mudanças, mas continua a prevalecer um comportamento de risco; (4) ação – houve modificação de comportamento nos últimos seis meses; e (5) manutenção – fase de consolidação da mudança, que se estende para além dos seis meses (Clement et al., 2004; Robinson et al., 2008; Steptoe, Kerry, Rink, & Hilton, 2001).

A utilização do MTT tem-se mostrado eficaz na mudança de comportamentos associados à obesidade, nomeadamente em relação à dieta alimentar e à atividade desportiva (Kim, Cardinal, & Lee, 2006; Riebe et al., 2005; Robinson et al., 2008). Segundo Reed (1999) existem cinco vantagens de se utilizar o MTT para perceber os mecanismos subjacentes ao EF: (a) é uma oportunidade para ajustar intervenções às diferentes necessidades individuais em cada estádio; (b) permite a divisão da população de risco nos m estádios de pré-contemplação, contemplação e preparação; (c) a prontidão individual para a mudança prevê a probabilidade de que a pessoa adote e mantenha com sucesso o objetivo do EF; (d) possibilita o estudo da existência, ou não, de progressão por estádios; (e) viabiliza o prolongamento da avaliação por estádios ao longo do tempo.

Diversos autores interessaram-se pela variabilidade do sucesso de diferentes pessoas em manterem a perda de peso e sugeriram que a motivação pode ser um elemento-chave para compreender que pacientes obesos poderão, de forma consistente e significativa, frequentar o acompanhamento clínico focalizado na perda de peso e praticar EF regularmente (Williams, Grow, Freedman, Ryan, & Deci, 1996), tendo sido concluído que a adesão comportamental está dependente de variáveis mediadoras (e.g., agentes externos e modelos teóricos adotados) de forma a concretizar intenções para a prática de EF. Neste contexto, pode considerar-se que a valorização da competência pessoal e da autodeterminação no processo de decisão se assumem como aspetos decisivos de equilíbrio a longo prazo, pois limitam o controlo e fontes de motivação externas e garantem experiências positivas e enriquecedoras durante e após a prática de atividades físicas (Teixeira, Silva, Vieira, Palmeira, & Sardinha, 2006).

Considerando o exposto anteriormente, o presente estudo procurou, em contexto hospitalar, caracterizar uma população feminina adulta e obesa em fase prévia à cirurgia de obesidade, analisando diversos aspetos clínicos e sociodemográficos. Para além disso, procurou-se avaliar os hábitos de EF, os estádios de mudança e as barreiras associadas à prática, tendo por base o MTT. Os resultados do presente estudo poderão assim possibilitar e facilitar a implementação e a manutenção de comportamentos mais ativos, de modo a melhor prevenir e tratar da obesidade.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Participaram neste estudo 349 mulheres com obesidade, com idades compreendidas entre os 19 e os 65 anos ($40.9 \pm 10,95$). Todas as participantes estavam inseridas em consulta multidisciplinar de obesidade em contexto hospitalar e, mais concretamente, numa primeira consulta de Psicologia em fase prévia à cirurgia de obesidade.

As participantes foram selecionadas de forma não probabilística, não intencional. O único critério de inclusão para o presente estudo foi, de acordo com a tabela proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2000, um índice de massa corporal ≥ 30 kg/m². Foram excluídas as mulheres com pré-obesidade e com um IMC de 25.0 a 29.9 kg/m² – cuja percentagem na contagem total foi muito diminuta (< 5%), bem como as que tinham estado grávidas nos últimos seis meses. Além disso tratou-se de uma seleção sequencial, pois todas as participantes elegíveis para participar no estudo foram incluídas conforme iam surgindo para a sua consulta de psicologia (Ribeiro, 2009).

INSTRUMENTOS

Foi aplicada uma entrevista clínica semiestruturada, usualmente utilizada na consulta de Psicologia do Hospital da Prelada. Esta entrevista providencia dados pertinentes para a avaliação psicológica, sobretudo na vertente psicoeducativa (Travado et al., 2004), permitindo analisar diferentes aspetos demográficos (i.e., idade, estado civil, número de filhos, habilitações literárias, situação profissional), a situação clínica de cada participante (e.g., índice de massa corporal, tentativas anteriores para emagrecer, problemas de saúde), bem como a prática de EF (n^o de vezes por semana em que praticavam EF por um período mínimo de 30 minutos e há quanto tempo praticavam EF de forma regular; caso não praticassem, as participantes eram questionadas sobre a sua intenção de praticarem EF no próximo mês ou nos próximos 6 meses – de acordo com o determinado pelo MTT).

PROCEDIMENTOS

Recolha de dados

O presente estudo foi realizado no âmbito da consulta de Psicologia incluída no Grupo Multidisciplinar de Tratamento da Obesidade do Hospital da Prelada, no Porto (que inclui as especialidades de Cirurgia Geral, Gastrenterologia, Medicina Interna, Nutrição, Psicologia e Psiquiatria), tendo sido obtido o consentimento prévio por parte da Comissão de Ética da instituição hospitalar. A confidencialidade e privacidade da informação foram garantidas de acordo com a Declaração de Helsínquia.

ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados demográfico e clínicos foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics (*Statistical Package for the Social Sciences*), para Windows, versão 21, tendo sido efetuadas análises descritivas de frequência, média e desvio-padrão.

No que respeita aos hábitos de prática de EF, as participantes foram agrupadas em três categorias: (a) ausência de prática; (b) prática reduzida ou irregular (EF uma vez por semana, no máximo); e (c) prática regular (níveis de prática de EF regular pelo menos duas vezes por semana e por um período mínimo de 30 minutos). Determinou-se ainda qual o estágio de mudança em que se encontrava cada participante de acordo com o MTT (Prochaska et al., 1992).

Para as barreiras percebidas à prática de EF, os resultados foram analisados de forma indutiva por dois investigadores com formação em ciências do desporto e experiência em análise qualitativa, sendo criadas as seguintes categorias que refletiam as principais barreiras percebidas: motivação, falta de tempo, doença, custo financeiro, falta de companhia, peso, insatisfação com o corpo, cansaço, trabalho e transporte.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

No que respeita aos aspetos demográficos, 64.8% das participantes eram casadas, com uma média de filhos de 1.51 (± 1.09). Em termos de habilitações literárias, 44.4% tinham concluído o 3º ciclo e o ensino secundário, 43.8% o 1º e 2º ciclos, e 7.4% o ensino superior. Profissionalmente, a maioria (53.9%) estava empregada em atividades no setor primário ou de serviços.

Clinicamente, todas as participantes tinham um IMC ≥ 30 Kg/m² (41.23 Kg/m² ± 5.57) e a maioria (54.7%) apresentava obesidade de grau III (IMC ≥ 40.0 Kg/m²), independentemente do escalão etário (QUADRO 1).

QUADRO 1. Distribuição das participantes segundo o IMC e os escalões etários.

IMC DOS GRUPOS	18-30 ANOS		30-45 ANOS		> 45 ANOS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Obesidade grau I								
Obesidade grau II	6	20	13	43.3	11	36.7	30	100
Obesidade grau III	24	18.8	54	42.2	50	39.1	128	100
TOTAL	40	20.9	82	42.9	69	36.1	191	100

Em relação às tentativas para emagrecer, 92% referiram terem realizado pelo menos uma tentativa, sendo de salientar que: (a) 58.5% recorreram a tratamentos medicamentosos; (b) 57% efetuaram dietas alimentares com orientação clínica e 48,1% sem essa orientação; (c) 7.2% submeteram-se a cirurgia plástica de redução adiposa; e (d) apenas 3.4% recorreu a EF orientado. Os resultados destas tentativas foram de insucesso, a curto, médio e/ou a longo prazo, pelo que todas as participantes do estudo se encontravam em fase de avaliação prévia para a cirurgia de obesidade.

Adicionalmente, a maioria das participantes apresentava pelo menos uma patologia associada e cerca de um terço apresentava duas comorbilidades. As patologias mais referenciadas foram a osteoarticular (52.1%), a psiquiátrica (25.2%) e a respiratória (22.9%).

PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO, ESTÁGIO DE MUDANÇA E BARREIRAS

À PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO

No que concerne à prática de EF, a maioria das participantes (74.2%) não incluía qualquer EF na sua vida diária (QUADRO 2).

QUADRO 2. Frequência de exercício físico das participantes.

PRÁTICA DESPORTIVA	FREQUÊNCIA (n)	PERCENTAGEM (%)
Ausência de prática	259	74.2
Prática reduzida/irregular	42	12.0
Prática regular	48	13.8
TOTAL	349	100

As participantes realizavam preferencialmente atividades de caminhada (22.1%) e de marcha (7.7%), enquanto outras atividades desportivas eram claramente menos praticadas: (a) atividades aquáticas como a natação (20%) e a hidroginástica (2.9%); (b) atividades de ginásio (3.7%), de bicicleta de manutenção (0.9%), de bicicleta elíptica (0.6%), de passeadeira (0.3%) e de danças (0.9%).

No que respeita aos estágios de mudança, 49.0% encontrava-se em fase de pré-contemplação e 25.2% em fase de contemplação, enquanto apenas 10.9% se encontravam no estágio de ação e 9.2% no de manutenção (QUADRO 3).

QUADRO 3. Fases da mudança relativamente ao exercício físico.

FASES DE MUDANÇA	FREQUÊNCIA (n)	PERCENTAGEM (%)
Pré-contemplação	171	49.0
Contemplação	88	25.2
Preparação	20	5.7
Ação	38	10.9
Manutenção	32	9.2
TOTAL	349	100

Relativamente às barreiras à prática de EF, as participantes referiram, na sua maioria, a falta de motivação (34.7%), a falta de tempo (33.2%) e a doença (25.8%). Questões relacionadas com custos financeiros, transporte, cansaço, falta de companhia, excesso de peso, insatisfação com a imagem corporal e o trabalho foram outras barreiras referenciadas em menor número e percentagem (QUADRO 4).

QUADRO 4. Barreiras à prática de exercício físico.

BARREIRAS	FREQUÊNCIA (n)	PERCENTAGEM (%)
Motivação	121	34.7
Falta de tempo	116	33.2
Doença	90	25.8
Custo financeiro	38	10.9
Falta de companhia	13	3.7
Peso	13	3.7
Insatisfação com o corpo	18	5.2
Cansaço	19	5.4
Trabalho	9	2.6
Transporte	1	0.3

DISCUSSÃO

O presente estudo procurou não apenas caracterizar, considerando um conjunto de diferentes aspetos demográficos e clínicos, mulheres adultas obesas em fase prévia à cirurgia de obesidade, bem como analisar avaliar os seus hábitos de EF, determinando, à luz do MTT, os estádios de mudança de comportamento em que se encontravam, bem como as principais barreiras percebidas à prática.

Um primeiro dado que importa ressaltar concerne ao facto de 54.7% da larga amostra de 349 mulheres com obesidade incluídas neste estudo retrospectivo poderem ser classificadas com obesidade mórbida, uma variedade patológica grave da obesidade. Este facto deverá constituir um importante alerta para este problema em Portugal e justifica a pertinência do estudo e da promoção do EF nesta população, designadamente em contexto hospitalar, pois hábitos de prática regular de EF poderão contribuir para que as mulheres com obesidade combatam o excesso de peso.

Em paralelo, o EF poderá levar a que estas mulheres alcancem níveis mais elevados de bem-estar físico e psicológico, um aspeto particularmente relevante na população feminina, particularmente suscetível ao stress psicológico, aos problemas de sono e à falta de EF, fatores de risco para o desenvolvimento de excesso de peso corporal. Com efeito, as mulheres obesas experimentam um maior estigma social negativo e mais discriminação relacionados com o seu peso, existindo um risco agravado de depressão em relação ao sexo masculino (Appelhans et al, 2012; El-Kader & Khalifa, 2012). Num estudo de El-Kader e Khalifa (2012), por exemplo, os autores concluíram existir uma maior propensão para o aparecimento de distúrbios psicológicos como a depressão, a baixa autoestima e um bem-estar psicológico reduzido em mulheres obesas, concluído existir patologia psiquiátrica em 25.2% dos casos em estudo, o que dificulta o processo de emagrecimento e consequentemente a sua melhoria psicológica.

Entretanto, o facto das participantes também terem referenciado outras patologias, em particular de natureza osteoarticular (52.1%) e respiratória (em 22.9%), torna compreensível que a abordagem terapêutica deva contemplar as dimensões biopsicossociais de cada indivíduo através de uma equipa clínica multidisciplinar, de modo a assegurar o êxito do tratamento e a sua manutenção a longo prazo, pois a obesidade é uma situação crónica que requer cuidados continuados (Travado et al., 2004; Tufano et al., 2005). Esta ideia é reforçada pelos resultados insatisfatórios das múltiplas tentativas de emagrecimento anteriores (dietéticas, medicamentosas e mesmo cirúrgicas) verificadas em 92% dos casos, pois estas constituem fatores de manutenção da obesidade e da necessidade de referência a uma equipa clínica multidisciplinar e a uma possível indicação de terapêutica cirúrgica na maioria dos casos, o que indica que a obesidade é um problema de resolução terapêutica complexa.

Por outro lado, sublinhe-se que apenas 25.8% das participantes referiu a “doença” como barreira ao EF, o que sugere que o EF não era obstáculo para uma elevada percentagem de participantes com problemas osteoarticulares e respiratórios, as quais, infelizmente, não se envolviam na prática de EF por outros motivos que não físicos/doença, relacionados maioritariamente com a falta de motivação e/ou a falta de tempo. Estas barreiras ao EF serão assim um componente de importante reflexão e de intervenção para que o tratamento de emagrecimento seja mais eficaz, devendo constituir-se como prioridades de trabalho de toda a equipa multidisciplinar, com adaptações individualizadas para estabelecer um estilo de vida mais ativo, tendo sempre em conta o estágio de mudança em que se encontra cada participante.

Estes aspetos tornam-se ainda mais relevantes se considerarmos que quase 75% das participantes não incluía qualquer EF na sua vida diária e praticamente metade encontrava-se em fase de pré-contemplação, o que significa que não praticavam qualquer atividade ou prática desportiva nem estavam, de momento, interessadas na mudança para serem mais ativas. Resultados similares foram encontrados num estudo de Robinson et al. (2008), no qual também foi avaliada a prática desportiva de mulheres obesas tendo em conta o MTT, constatando-se que cerca de 88% das mulheres avaliadas foram classificadas nos estádios de pré-contemplação, contemplação e de preparação. Um outro estudo com uma população urbana dos 25 aos 50 anos de idade (Arango et al. 2011) demonstrou que os estádios anteriores ao estágio de ação são predominantes entre as mulheres e as pessoas com obesidade, o que também verificámos na presente investigação. Ainda na mesma linha, uma investigação de King e Bond (2013) sugere que a grande maioria dos pacientes em fase pré-operatória não adota os níveis de EF recomendados de modo a obter benefícios de saúde, e que apenas uma minoria atinge essas recomendações em fase pós-operatória.

Refira-se ainda que apenas um quarto das participantes estavam motivadas e eram relativamente ativas (e menos de 4% referiram EF orientado anterior à entrevista), tendo optado, na sua maioria, por atividades desportivas acessíveis e de baixo custo, o que lhes permitia ultrapassar a maioria das barreiras invocadas, inclusive algumas patologias associadas. Além disso, embora seja mais útil o EF individualizado e supervisionado, importa fundamentalmente assegurar aos indivíduos uma atividade física de que eles intrinsecamente gostem e na qual se sintam competentes. Desta forma estar-se-á a contribuir positivamente para um maior sentido de autonomia e de autodeterminação, mesmo que essa prática seja iniciada por caminhadas de curta distância e/ou de duração e baixa intensidade, o que poderá constituir um primeiro passo para um EF adequado e regular.

Importa, pois, que se considere, de forma sustentada, uma alteração nos próprios processos de abordagem desta problemática na prática clínica, quer em contexto hospitalar, quer em cuidados de saúde primários, com equipas multidisciplinares de especialistas que incluam na sua intervenção a promoção da atividade física e do exercício físico como fator

importante no combate à obesidade, até mesmo como condição para a obtenção de um perfil multidisciplinar favorável para a realização de cirurgia de obesidade. Por outras palavras, essas equipas multidisciplinares deverão investir em técnicos especializados em prescrição de exercício e no subsequente acompanhamento no seio de equipas multidisciplinares a nível hospitalar e no âmbito da obesidade na idade adulta.

A utilização do MTT fornece uma estrutura útil para avaliar a adoção e manutenção da prática de EF, sendo uma mais-valia porque incide sobre o indivíduo e avalia a sua prontidão para a mudança, ajudando a equipa de tratamento a determinar quais as intervenções mais eficazes no aumento da motivação da pessoa para avançar para os estádios seguintes, ajustando as intervenções às diferentes necessidades individuais e ajudando na manutenção dessa mudança a longo prazo. Nessa medida, o MTT constitui-se como uma forma útil para o paciente entender melhor a realidade em que está inserido, e para o profissional de saúde determinar os processos a serem adotados para potencializar as taxas de sucesso do tratamento. O facto de quase metade das mulheres obesas deste estudo se encontrarem em fase de pré-contemplação demonstra a necessidade de mudança nos estilos de vida desta população, no sentido da obtenção de melhores resultados de tratamento. O período pré-cirúrgico pode ser um momento importante para intervir nestas pacientes, promovendo a adoção e manutenção do EF e reduzindo os comportamentos sedentários (Fox & Hillsdon, 2007; King & Bond, 2013).

CONCLUSÃO

Os dados obtidos neste estudo sustentam a pertinência do EF na população feminina com obesidade que pretende perder peso procurando uma ajuda externa, sendo relevante equacionar a possibilidade de este ser promovido e incluído na avaliação multidisciplinar anterior à cirurgia. Assim, é da maior importância melhorar os níveis de informação a este respeito, não apenas junto das mulheres com excesso de peso e/ou obesidade, mas também junto dos diversos profissionais da saúde e do desporto, realizando campanhas de sensibilização e de motivação para a prática de EF regular e promoção de estilos de vida saudáveis. Além disso, é fundamental a inclusão de profissionais de exercício físico nos cuidados de saúde primários e nas unidades hospitalares que tenham equipas multidisciplinares de apoio à obesidade. Desta forma, haverá uma probabilidade maior de combater a reduzida intenção de prática e ultrapassar possíveis barreiras associadas ao EF, aumentando a adesão e contribuindo não apenas para a perda de peso, mas também para um aumento do bem-estar e da possibilidade de não haver necessidade de intervenção cirúrgica.

Futuramente, mais estudos quantitativos e qualitativos em mulheres obesas adultas em diferentes fases de intervenção, antes ou após cirurgia de obesidade, e em diferentes estádios de mudança, inseridas em contextos de saúde, deverão procurar compreender melhor e intervir no sentido da promoção, adoção e manutenção de estilos de vida mais saudáveis e ativos.

- Appelhans, B. M., Whited, M. C., Schneider, K. L., Ma, Y., Oleski, J. L., Merriam, P. A., ... Pagoto, S. L. (2012). Depression severity, diet quality, and physical activity in women with obesity and depression. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(5), 693-698. doi:10.1016/j.jand.2012.02.006
- Arango, E. F., Patiño, F. A., Quintero, M. A., & Arenas, M. M. (2011). Levels of physical activity, barriers, and stage of change in an urban population from a municipality in Colombia. *Colombia Medica*, 42(3), 352-361.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., ... Galvão-Teles, A. A. (2008). Overweight and obesity in Portugal: National prevalence in 2003-2005. *Obesity Review*, 9(1), 11-19. doi:10.1111/j.1467-789X.2007.00422.x
- Caspersen, C., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Clement, J. M., Schmidt, C. A., Bernaix, L. W., Covington, N. K., & Carr, T. R. (2004). Obesity and physical activity in college women: Implications for clinical practice. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 16(7), 291-299. doi:10.1111/j.1745-7599.2004.tb00452.x
- Dalle Grave, R., Melchionda, N., Calugi, S., Centis, E., Tufano, A., Fatati, G., ... Marchesini, G. (2005). Continuous care in the treatment of obesity: An observational multicentre study. *Journal of Internal Medicine*, 258, 265-273. doi:10.1111/j.1365-2796.2005.01524.x
- Direção Geral da Saúde. (2005). *Programa nacional de combate à obesidade*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-combate-a-obesidade-pdf.aspx>
- El-Kader, S. M. A., & Khalifa, D. A. (2012). Impact of weight loss on psychological well-being and biochemical modulation in obese patients: A comparison of two treatment protocols. *European Journal of General Medicine*, 9(2), 104-110.
- Fox, K. R., & Hillsdon, M. (2007). Physical activity and obesity. *Obesity Review*, 8(1), 115-121. doi:10.1111/j.1467-789X.2007.00329.x
- Gaio, V., Antunes, L., Namorado, S., Barreto, M., Gil, A., & Kyslaya, I. ... INSEF Research Group (2018). Prevalence of overweight and obesity in Portugal: Results from the First Portuguese Health Examination Survey (INSEF 2015). *Obesity Research & Clinical Practice*, 12(1), 40-50. doi:10.1016/j.orcp.2017.08.002
- Garber, C. E., Blissmer, B., Deschenes, M. R., Franklin, B. A., Lamonte, M. J., Lee, I. M., ... Swain, D. (2011). American College of Sports Medicine Position Stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: Guidance for prescribing exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 43(7), 1334-1359. doi:10.1249/MSS.0b013e318213fe7b
- Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2016). *Primeiro inquérito nacional de saúde com exame físico (INSEF 2015): Estado de saúde*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Jiménez, M. G., Martínez, P., Miró, E., & Sánchez, A. I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: Están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 185-202.
- Kim, Y., Cardinal, B. J., & Lee, J. Y. (2006). Understanding exercise behavior among Korean adults: A test of the transtheoretical model. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(4), 295-303.
- King, W. C., & Bond, D. S. (2013). The importance of pre and postoperative physical activity counseling in bariatric surgery. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 41(1), 26-35. doi:10.1097/JES.0b013e31826444e0.
- Mcinnis, K. J., Franklin, B. A., & Rippe, J. M. (2003). Counseling for physical activity in overweight and obese patients. *American Family Physician*, 67(6), 1249-1256.
- Pereira, J., & Mateus, C. (2003). Custos indiretos associados à obesidade em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 65-80.
- Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. doi:10.1037//0003-066x.47.9.1102
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical model: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288. doi:10.1037/h0088437
- Reed, G. (1999). Adherence to exercise and the transtheoretical model of behavior change. In S. Bull (Ed.), *Adherence issues in sport & exercise* (pp. 19-46). New Jersey, NJ, USA: Wiley.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Riebe, D., Blissmer, B., Greene, G., Caldwell, M., Ruggiero, L., Stillwell, K. M., & R Nigg, C. R. (2005). Long-term maintenance of exercise and healthy eating behaviours in overweight adults. *Preventive Medicine*, 40(6), 769-778. doi:10.1016/j.ypmed.2004.09.023
- Robinson, A. H., Norman, G. J., Sallis, J. F., Calfas, K. J., Rock, C. L., & Patrick, K. (2008). Validating stage of change measures for physical activity and dietary behaviors for overweight women. *International Journal of Obesity*, 32(7), 1137-1144. doi:10.1038/ijo.2008.65
- Stamatakis, E., Ekelund, U., & Wareham, N. J. (2007). Temporal trends in physical activity in England: The health survey for England 1991 to 2004. *Preventive Medicine*, 45(6), 416-423. doi:10.1016/j.ypmed.2006.12.014
- Steptoe, A., Kerry, S., Rink, E., & Hilton, S. (2001). The impact of behavioral counseling on stage of change in fat intake, physical activity, and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 91(2), 265-269. doi:10.2105/ajph.91.2.265
- Teixeira, P. J., Going, S. B., Houtkooper, L. B., Cussler, E. C., Metcalfe, L. L., Blew, R. M., ... Lohman, T. G. (2006). Exercise motivation, eating, and body image variables as predictors of weight control. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 38(1), 179-188. doi:10.1249/01.mss.0000180906.10445.8d
- Teixeira, P. J., Silva, M. N., Vieira, P. N., Palmeira, A. L., & Sardinha, L. B. (2006). A actividade física e o exercício no tratamento da obesidade. *Endocrinologia, Metabolismo & Nutrição*, 15(1), 1-15.
- Toth-Capelli, K. M., Brawer, R., Plumb, J., & Daskalakis, C. (2013). Stage of change and other predictors of participant retention in a behavioral weight management program in primary care. *Health Promotion Practice*, 14(3), 441-450. doi:10.1177/1524839912460871
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C., & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 3(22), 533-550.
- Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z. R., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 115-126. doi:10.1037//0022-3514.70.1.115
- Xiao, J., & Yang, W. (2012). Weight loss is still an essential intervention in obesity and its complications: A review. *Journal of Obesity, article ID 369097*. doi:10.1155/2012/369097