

**FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO E NÃO ADESÃO DO TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO EM USUÁRIOS COM OBESIDADE ASSISTIDOS PELO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, COMPLEXO DO ALEMÃO - RJ**

Caroline Niquini<sup>1</sup>,  
 Francisco Navarro<sup>1,2</sup>,  
 Fernando Bessa<sup>3</sup>

**RESUMO**

Introdução: A obesidade, doença crônica de origem multifatorial, é causada por mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares. Tratamentos que demandam mudanças comportamentais como parte da rotina diária podem levar a falta de adesão pelos pacientes. Objetivo: Analisar os fatores que possam interferir à adesão e não adesão ao tratamento não farmacológico para perda de peso em dois usuários obesos acompanhados na Clínica da Família Rodrigo Y. Roig. Materiais e métodos: Pesquisa qualitativa, classificada como estudo de caso de cunho exploratório e analítico, realizado através de instrumentos de coleta de dados e fundamentada por pesquisa bibliográfica. Resultados e discussão: Nesse estudo foram destacados fatores associados à percepção sobre a necessidade de tratamento, ao suporte social, a fatores psicológicos, a relação paciente-prescritor, o grau de mudança comportamental e a perda de velhos hábitos como aspectos que devam ser considerados na abordagem terapêutica da obesidade, uma vez que influencia na continuidade do tratamento. Conclusão: Com os resultados, espera-se oferecer subsídios para auxiliar os profissionais de saúde no planejamento de estratégias de prevenção e intervenção mais adequadas para abranger essa população e suas particularidades.

**Palavras-chave:** Obesidade, Adesão, Tratamento, Adultos.

1-Programa de Pós-graduação Lato Sensu da UGF - Obesidade e Emagrecimento  
 2-Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício  
 3-DCS/ENSP/Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ

**ABSTRACT**

Factors associated with adherence and non adherence of non-pharmacological treatment in obese users assisted by the Family Health Program, Complexo do Alemão - RJ

Introduction: Obesity is a chronic disease of multifactorial origin, it's mostly caused by sedentary lifestyle and eating habits. Treatments that require behavioral changes, usually are not accepted as part of the daily routine by patients. Objective: Analyze factors that might interfere in adherence and non-adherence to a non-pharmacological treatment for weight loss in two obese patients of Rodrigo Y. Roig Family Clinic. Materials and methods: A qualitative research, classified as a exploratory and analytical study case, realized through instruments of data collection and supported by literature. Results and discussion: This study emphasized factors associated with the perception of treatment need, social support, psychological factors, the doctor-patient relationship, level of behavioral change and the loss of old habits as aspects that should be considered in the approaching of obesity treatment, since it influences on treatment continuity. Conclusion: By results, we expect to offer subsidies to assist health care professionals, on planning prevention strategy and on the most appropriate intervention way to cover this population and its particularities.

**Key words:** Obesity, Adherence, Treatment, Adults.

## INTRODUÇÃO

Na rede pública de saúde do Brasil, o Programa Saúde da Família-PSF, criado em 1994, teve como estratégia a reorganização da Atenção Básica, respondendo a uma nova concepção de saúde, não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo na prevenção e promoção da saúde (Brasil, 2001).

Esse novo modelo de atuação busca a partir do diagnóstico local, analisar uma dada realidade desenhando um quadro das necessidades e possíveis soluções, sendo esta etapa fundamental no planejamento das ações de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) (Santos e colaboradores, 2004).

Partindo desse conceito, enquanto profissional de nutrição cursando uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) busquei atuar na lógica de uma clínica ampliada, ou seja, transformando a atenção individual e coletiva, de forma a possibilitar que outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico pudessem ser compreendidos e trabalhados (Cunha, 2004).

Além disso, pude constatar através da prática clínica que dentre os principais agravos da sociedade moderna que chegam às Clínicas de Saúde da Família (CF), destaca-se a obesidade.

Considerada uma doença crônica e multifatorial, caracterizado pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, a obesidade – Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 30kg/m<sup>2</sup> (Cabrera e J. Filho, 2001) destaca-se por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças tais como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo II (Brasil, 2006).

Para realização do diagnóstico de obesidade, o IMC é o índice antropométrico frequentemente utilizado em estudos epidemiológicos, em saúde pública e na área clínica, como preditor de sobrepeso e obesidade, e desnutrição energética em pessoas não atletas, recomendado como indicador nutricional, adotado pela Organização Mundial de Saúde (Damascena, Neto e Pereira, 2007).

Esta mudança no perfil epidemiológico e nutricional da população brasileira vem ocorrendo desde a década de 1960, sendo

marcada pelo envelhecimento populacional, dupla carga de doenças com a convivência de doenças infecciosas, desnutrição, carências nutricionais específicas e doenças crônico-degenerativas (Batista, Assis e Kac, 2007).

A Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ), preocupada com essa realidade, vêm desenvolvendo iniciativas para orientar os profissionais das CF ofertando capacitações e dando suporte aos casos de obesidade mais complexos através de Centros de Referência para Obesos (CRO), composto por equipe multiprofissional especializada no assunto, de forma a dar encaminhamento, inicialmente, aos casos de obesidade mórbida associado à diabetes (SMSDC, 2011).

O aumento da prevalência da obesidade é uma realidade demonstrada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde (MS). Conforme os dados, desde 1974 até 2009, o percentual de homens obesos mais do que quadruplicou (2,8% para 12,4%), enquanto a taxa para as mulheres dobrou (8,0% para 16,9%) (IBGE, 2010).

Estima-se que para os próximos seis anos, os níveis de obesidade possam atingir 31% das mulheres e 17% dos homens (Castro e colaboradores, 2010).

Do ponto de vista epidemiológico, as mudanças corporais desses indivíduos podem sofrer a influência de fatores ambientais obesogênicos, de forma a provocar alterações nos hábitos de vida (Escrivão e colaboradores, 2000). Entre essas, as práticas sedentárias, como assistir televisão por várias horas ao dia e utilização de meios eletrônicos, e as mudança de hábitos alimentares, havendo introdução de alimentos hipercalóricos, ricos em lipídeos e carboidratos nos cardápios diários, são as maiores causas para o avanço dessa doença (Damiani e Oliveira, 2002).

Para exemplificar esta questão, segundo dados do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, os maiores gastos com alimentação, são em produtos com alto teor de açúcar, sal, gordura e bebidas adoçadas. Entre aqueles que mostraram tendência inversa, destaca-se o prato típico brasileiro (a combinação de arroz e feijão), além das frutas e verduras (CONSEA, 2010).

Objetivando reverter este quadro, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição -

PNAN (Brasil, 2003), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde - Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999, tem entre seus propósitos a promoção de práticas alimentares e modos de vida saudáveis. Neste contexto, a prevenção e o tratamento da obesidade configuram-se como grandes desafios.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998) o tratamento proposto vai desde a redução moderada na ingestão calórica como estratégia para redução da massa corporal associada aos exercícios físicos, até as mudanças nos hábitos cotidianos.

Alguns autores ainda destacam a necessidade da adoção de remédios mais recentes, que em vez de diminuir a fome, aumentam a saciedade e diminuem a absorção da gordura (Sapatéra e Pandini, 2005).

Porém, outros estudiosos acreditam que o uso de medicamentos auxiliares para perda de peso, pode apresentar-se arriscado, uma vez que foram realizados poucos estudos a respeito dos efeitos dos medicamentos em longo prazo e seus possíveis efeitos colaterais (Francischi e colaboradores, 2000).

Será que apenas a apropriação e a retenção de conhecimentos são capazes de produzir, imediatamente, uma mudança de comportamento?

Em estudo, Soares e colaboradores (2009) afirmam que apenas possuir o conhecimento não é o suficiente para promover mudanças, caso contrário não haveria, por exemplo, nutricionistas obesos ou médicos fumantes.

Tanto a individualidade do sujeito relacionada ao modo de aprendizado quanto ao processo de reaprender a comer, com todas as suas implicações afetivas, da relação com o próprio alimento; sócio-culturais, do meio no qual cada pessoa está inserida, e econômicas, do acesso do sujeito a determinados tipos de alimentos, devem ser considerados durante o tratamento (Soares, 2009).

Esse contexto de mudança comportamental gera, portanto, uma grande dificuldade na continuidade do tratamento, sendo necessário uma maior atenção e investigação (Figueiredo e colaboradores, 2001).

Autores afirmam que a adesão ao tratamento em pacientes crônicos representa a

extensão no qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde, contemplando três estágios:

1) Concordância: no qual o indivíduo, inicialmente, concorda com o tratamento, seguindo as recomendações dadas pelos profissionais da saúde. Existe, frequentemente, uma boa supervisão, assim como uma elevada eficácia do tratamento;

2) Adesão: fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado, no qual, com uma vigilância limitada, o doente continua com o seu tratamento, o que implica uma grande participação e controle da sua parte; e

3) Manutenção: quando, já sem vigilância (ou vigilância limitada), o doente incorpora o tratamento no seu estilo de vida, possuindo um determinado nível de autocontrole sobre os novos comportamentos (Soares e colaboradores, 1997).

Preocupados em que as orientações sejam passadas de forma adequada, alguns profissionais passam a utilizar métodos para medir adesão, como contagem de pílulas, inquérito com os pacientes, relatos colaterais, técnicas bioquímicas, revisão de resultados clínicos, entre outros (Silveira e Ribeiro, 2005), esquecendo, muitas vezes, de avaliar adesão ao tratamento e não somente, ao medicamento.

Este tipo de compreensão retrata o insucesso no tratamento desta patologia devido, em grande parte, ao seu caráter unimodal, em que se privilegia uma intervenção biológica, bioquímica e prescritiva, característica do modelo biomédico, em detrimento dos aspectos psicossociais do indivíduo no seu processo de doença e de tratamento (Reis, 1998).

Considerando limitado associar a adesão como o grau em que o paciente segue as instruções médicas, a Organização Mundial em Saúde (OMS, 2003) propõe uma reformulação no conceito de adesão, de forma que o paciente tenha uma participação ativa nessa relação, sendo assim definida como: "grau no qual o comportamento de uma pessoa - tomar medicamentos, seguir dieta e/ou executar mudanças no seu estilo de vida - correspondem às recomendações acordadas com o médico" ou ainda segundo Miller e colaboradores (1997) como um meio para se alcançar um fim, uma abordagem para a

manutenção ou melhora da saúde, visando reduzir os sinais e sintomas de uma doença.

Portanto, as intervenções para o tratamento, ao invés de se basearem somente em instruções médicas, devem considerar, por exemplo, aspectos relacionados ao estado de motivação do paciente, de modo a ajudá-lo a desenvolver um comprometimento e a tomar uma decisão de mudança (Ades e Kerbauy, 2006).

Na tentativa de uma maior aproximação com estes fatores complexos, até então desconsiderados por muitos profissionais durante o tratamento, estão sendo realizados alguns estudos que buscam avaliar a abordagem terapêutica sob a ótica do paciente (Leite e Vasconcellos, 2003).

Em vista disso, investigar quais são os aspectos mais relevantes quanto à adesão e a não adesão dos adultos obesos nesse tipo de tratamento faz-se necessário para que possam auxiliar os profissionais de saúde no planejamento de estratégias de prevenção e intervenção mais adequadas para abranger essa população e suas particularidades.

## **OBJETIVO GERAL**

Analisar e correlacionar com a literatura os fatores que interferem na adesão e/ou não adesão ao tratamento não farmacológico para perda de peso em dois usuários obesos atendidos pelo PSF e encaminhados ao serviço de nutrição da CF Rodrigo Yamawaki Roig.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Caracterização da pesquisa**

A presente pesquisa definida como qualitativa, classifica-se como um estudo de caso, realizada através da aplicação de instrumentos de coleta de dados e fundamentada por pesquisa bibliográfica. Definida também como exploratória e analítica, busca obter informações preliminares a cerca do respectivo objeto de interesse, procurando problematizar e confrontá-lo com a teoria já existente (Tobar e Yalour, 2001).

### **Definição da amostra e escolha da metodologia:**

Exercendo a função de nutricionista pelo Curso de Especialização nos Moldes de Residência em Saúde da Família vinculada a

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ, ao realizar atendimentos individuais e consultas conjuntas em uma equipe multiprofissional, surgiu a curiosidade de compreender porque alguns usuários obesos conseguiam dar continuidade ao tratamento não farmacológico para perda de peso e outros não. Procurando investigar esta questão, este estudo propõe o desenvolvimento de uma pesquisa de campo, aproveitando o acesso privilegiado ao local onde ocorre o fenômeno, dispondo-se de elementos para explicá-lo.

Para isso, foi selecionada uma amostra representativa de dois usuários com diagnóstico de obesidade, um demarcando a categoria dos indivíduos que estão em tratamento e outro demarcando a categoria dos indivíduos que o abandonaram.

Os usuários selecionados iniciaram o tratamento na consulta individual de nutrição, no período de 1º de agosto a 1º de outubro de 2011. Foi considerado não aderente ao tratamento, àquele que o abandonou a partir da terceira consulta e que aderiu aquele que continua em tratamento até março de 2012.

A opção por uma amostra de dois usuários com o mesmo diagnóstico nutricional, porém com uma escolha de continuidade ao tratamento divergente, foi proposta na tentativa de ter uma exploração mais intensa do fenômeno estudado, demonstrando visões diferenciadas e por vezes complementares.

Foram atribuídos os seguintes critérios de inclusão para o estudo: usuários capazes de se comunicar verbalmente, que passaram pela consulta individual de nutrição e que devam aceitar participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O TCLE é um documento elaborado para que o sujeito da pesquisa dê o consentimento de sua participação, sabendo da fundamentação científica da pesquisa, dos riscos possíveis associados a sua participação, garantia de atendimento, entre outros esclarecimentos que devam conter no documento (Slawka, 2005).

Foram excluídos do estudo pacientes com IMC menor que 30 kg/m<sup>2</sup>, menores de 18 anos, gestantes e pessoas com uso de medicamentos, shakes ou outros produtos para emagrecer, para evitar viés nas informações.

### **Coleta de dados**

O processo de coleta de dados apresentou duas fases distintas: identificação da produção bibliográfica e emprego da entrevista como técnica de levantamento de informações, com aplicação de um instrumento de pesquisa previamente estabelecido.

Buscando atender ao objetivo específico 1 e subsidiar a consecução dos outros objetivos específicos, este estudo procurou identificar a produção bibliográfica sobre os possíveis fatores que interferem na adesão e a não adesão do tratamento não medicamentoso para perda de peso em pacientes com obesidade.

Na busca do cumprimento do segundo objetivo específico, foi aplicada a técnica de entrevista mediante um roteiro focalizado disponível na seção Apêndice deste projeto (Tobar e Yalour, 2001).

Os dados foram coletados a partir de entrevista realizada pela própria nutricionista do estudo, acreditando que o bom vínculo criado durante o tratamento entre o profissional e usuário, possa facilitar a condução da entrevista.

Essas entrevistas foram gravadas em equipamento MP4 e transcritas na íntegra, mantendo-se o absoluto sigilo em relação à identificação dos entrevistados. Além disso, houve confidencialidade e garantia de que o entrevistado poderia desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo.

Entendendo-se a importância da entrevista ser aplicada em espaço adequado, reservado, que garanta privacidade, sigilo e silêncio necessário para as gravações, o local escolhido foi a residência do usuário. O tempo para sua realização foi de 1 hora (em média), respeitando-se as necessidades e conveniências dos sujeitos.

A entrevista semi-estruturada com questões abertas e fechadas teve como base um roteiro pré-determinado, construído a partir das evidências que interferem na adesão do paciente ao tratamento (dimensões da adesão), disponíveis nos estudos sobre este assunto (OMS, 2003). O conteúdo das perguntas fechadas considerou fatos concretos relacionados às categorias de: sexo, raça/cor, situação familiar, peso, altura e idade. As perguntas abertas foram realizadas, de forma tal que o entrevistado pudesse discorrer com liberdade.

Para classificação da renda, raça/cor e situação familiar, foi seguida a metodologia da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 1998).

A renda mensal familiar foi obtida pela soma dos rendimentos dos componentes da família, excluindo o rendimento das pessoas cuja condição na família fosse pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico. Neste trabalho foram utilizadas quatro classes de renda familiar mensal per capita: até 1 salário mínimo; mais de 1 a 3 salários mínimos; mais de 3 a 9 salários mínimos; e mais de 9 salários mínimos.

Para classificação da raça/cor, foram consideradas cinco categorias: branca, preta, amarela (compreendendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça) e indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).

A situação familiar foi definida em 6 variáveis: (1) convive com companheiro (a) e filho (2) convive com companheiro (a) sem filhos (3) convive com companheiro(a), filho e outros familiares (4) convive com familiares sem companheiro(a), (5) convive com outras pessoas sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais (6) vive só.

Desta forma, busca-se por fim, apresentar a influência de alguns fatores na adesão ao tratamento, tendo por base os grupos de fatores apresentados pela OMS (2003), considerando relatos de fontes primárias para identificar os fatores mais comuns que interferem na adesão, segundo a perspectiva do paciente.

### **Variáveis do estudo**

Após a análise dos conteúdos das falas dos participantes da pesquisa, foram identificadas três dimensões da adesão, dentre as categorizadas pela OMS (2003): fatores referentes ao paciente (pessoais, físicos, psicossociais, vínculo entre profissional/usuário), ao perfil socioeconômico (renda) e ao tratamento (motivos da procura, grau de mudança comportamental, percepção sobre o tratamento proposto e dificuldades encontradas).

### Tratamento dos dados

A transcrição de material verbal pode tomar as mais variadas formas. A maneira mais detalhada é a transcrição literal de uma entrevista gravada com a inclusão de sinais indicando entonações, sotaques, regionalismo e “erros” de fala.

Tais registros foram aglutinados e organizados sob a forma de um banco de dados, cujo conteúdo passou por um processo de leituras e re-leituras para materializar as categorias temáticas que expressaram a totalidade dos eventos pesquisados.

Para a interpretação dos dados obtidos nas entrevistas, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que para Bardin (1977), objetiva a descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mesmas. As categorias encontradas sofreram um processo

de discussão a luz da revisão bibliográfica sobre a temática.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### Fatores relacionados ao paciente

As características individuais dos pacientes têm sido o foco de inúmeras investigações de aderência ao tratamento. Entretanto, variáveis demográficas como: idade, sexo, renda, estado civil, raça/cor, entre outras, não foram definitivamente associadas à adesão (OMS, 2003). Corroborando com este ponto, autores como Jin (2008), em seu estudo de revisão, chegaram a conclusões inconsistentes nos dados referentes ao sexo e a idade do paciente, em relação a adesão/não adesão ao tratamento.

O quadro 1 apresenta as informações relativas às perguntas fechadas realizadas durante a entrevista.

**Quadro 1: Caracterização da amostra**

	<b>Usuário 1- não aderiu</b>	<b>Usuário 2 – aderiu</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	Feminino
<b>Peso (kg)</b>	159	97
<b>Altura (m)</b>	1,88	1,66
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	45,0 - Obesidade grau III	35,2 - Obesidade grau II
<b>Idade (anos)</b>	47	59
<b>Situação familiar</b>	Convive com companheiros e filhos	Convive com familiares sem companheiro
<b>Renda</b>	Até um salário mínimo	Até dois salários mínimos

Quanto à variável estado civil, a revisão de Jin (2008) mostrou que ter um companheiro pode influenciar positivamente a adesão ao tratamento. Acredita-se que as pessoas com quem os doentes vivem constituam uma importante fonte de apoio social e que o fato de possuir companheiro, expresso pelo estado civil, possa ser agente facilitador no processo de tratamento (Silva, Ribeiro e Cardoso, 2006).

*“A minha esposa me deu muito força, ainda da, de vez enquanto ainda fala umas coisinhas e outra que às vezes ela não fala de maldade” - Usuário 1*

Sobre a variável suporte social, a maioria dos achados na revisão feita por Jin e colaboradores (2008) mostrou que os pacientes que possuem ajuda de membros familiares, amigos ou profissionais de saúde são mais propensos a ter maior adesão ao

tratamento do que aqueles que não possuem este tipo de suporte. Ainda, estudos vêm observando significativa melhora nos padrões de comportamento promotores de saúde quando o tratamento é combinado a programas de autogerenciamento (WHO, 2003). Na fala do usuário 2, é destacado a importância do suporte social, no momento em que a ajuda a reduzir atitudes negativas ao tratamento, ter motivação e lembrar de implementar o tratamento como um todo. Ao mesmo que o usuário 1 comenta a motivação que sentia durante as atividades em um grupo de promoção de saúde.

*“Hoje eu sinto falta do grupo, assim, porque se tivesse continuado com aquele povo, aquela gente que tava indo tava me incentivando, a caminhada era boa, mas foi saindo um, foi saindo outro.”- Usuário 1*

*“Fez, fez e faz. Qualquer pessoa [...]minha sobrinha, ainda me apóia muito*

*porque é uma pessoa totalmente virada pra salada, aí acabou, tive que inventar salada, coloridos [...] Aí quando eu to extrapolando, aí ela “pô para, não é assim não, você já comeu 6 colheres de arroz, vai comer mais duas, não pode”, e por aí vai... então apoio é muito importante [...] Outras pessoas que souberam que eu tava fazendo a dieta que me viram com 99 e hoje encontram comigo e falam você continua fazendo a dieta? ta ótima, não pára não,... mas as duas primeiras que me apoiaram, independente da nutricionista, né, que é a primeira... (risos)” - **Usuário 2**.*

Porém, em outro estudo realizado por Perez e Romano (2003) concluiu-se que nem sempre a família conseguirá apoiar o obeso em seu tratamento, porque as relações familiares podem sustentar o sintoma obesidade e, por vezes, ser um elemento que participa da própria constituição desse sintoma. Portanto, o profissional da saúde deve considerar a família como núcleo de atendimento, pois as dificuldades de adesão ao tratamento estão muito associadas aos hábitos alimentares reforçados pela família (Franco, Bastos e Alves, 2005), como representada na fala do usuário 1.

*“[...] mas você vê, aqui em casa a gente não tem horário pra comer, a gente não almoçou ainda [...]”- **Usuário 1***

Em relação às variáveis psicossociais, parece que a adesão é maior se o paciente acreditar que a doença ou suas complicações podem trazer graves consequências para sua saúde ou se acreditar que a terapia será efetiva, percebendo seus benefícios. Já a crença de que a doença é incontrolável e atitudes negativas (depressão, ansiedade, medo ou raiva da doença) podem contribuir para a não adesão do paciente ao tratamento (Jin e colaboradores, 2008). Para Ferriani e colaboradores (2005), uma atitude negativa importante em pacientes obesos é a depreciação da própria imagem física, pois sentem-se tristes e inseguros em relação aos outros e imaginam que estes os vêem com hostilidade e desprezo. Na fala do usuário 1, estas características podem ser observadas enquanto na fala do usuário 2 são explícitos o sentimento de motivação.

*“[...] aí o que acontece, quando você apareceu e eu vi caindo, caindo dois e meio logo no primeiro mês, caramba, eu fiquei muito feliz [...] Aí comprei bicicleta ergométrica, comprei um simulador, aquele negócio todo, e tamo caminhando [...] hoje, hoje eu já te digo que to com duas bermudas 52 largas, sábado passado eu fui passar uma bermuda 50 pro aniversário dos gêmeos, caramba, já tava larga e já to tentando entrar no 48.”-*

**Usuário 2**

*“(muito choro nesse momento)... a gente fica pensando muita besteira... eu no meu caso, começo a afundar, as vezes to sobrando, ... a gente tenta dar a volta por cima, ir numa igreja mas da tudo errado [...] A dieta me animou, me animou legal, mas... é o que eu disse, nem foi por parte de você, foi por parte de mim mesmo, essa questão de roupa, eu fiquei muito desanimado. A gente tem que ter roupa bastante pra caminha, né [...] gordo já é esquisito, mas mal vestido pior ainda.” - **Usuário 1***

Possuir conhecimento em saúde significa que os pacientes são capazes de ler, entender, recordar as instruções médicas e agir conforme a informação de saúde. Estudos demonstraram que pacientes capazes de ler e entender as recomendações (Jin e colaboradores, 2008), assim como os que se conscientizavam a respeito da doença, suas implicações e a resistência na tarefa de emagrecimento, tinham maior sucesso na adesão ao tratamento (Anaruma, 1995). A usuária 2 acredita ser necessário atividade física e reeducação alimentar para emagrecer, enquanto o usuário 1 demonstra pensamentos negativos e desespero por não conseguir colocar em prática as mudanças necessárias:

*“ [...] no mais para emagrecer acredito que atividade física e seguir as regras da dieta nutricionais, reeducação, acho que é isso.” -*

**Usuária 2**

*“[...] mais importante, sei lá, de repente um... a gente pensa em até fazer besteira... fazer merda, pra ir preso e lá dentro ficar magro... a gente pensa até em usar crack... e aí? [...] tem hora que a gente leva até um certo ponto a obesidade, mas não consegue fechar a boca, então é difícil demais cara [...]”-*

**Usuário 1**

A variável relação entre paciente e prescritor afeta a adesão ao tratamento de modo que quando esta relação oferece suporte emocional, parceria e confiança ao paciente a adesão terapêutica é maior (WHO, 2003). Por outro lado, a falta de comunicação com os profissionais de saúde provavelmente pode ter efeitos negativos na adesão do paciente (Moore e colaboradores, 2004). Quando questionado o que ou quem mais os motivou, o usuário 2 comenta da importância da relação com a nutricionista:

*“Bem, na primeira vez que vim aqui foi beleza, eu vim um pouco na ansiedade, não sabia o que ia acontecer... aí na primeira visita que você foi lá na minha casa, eu já senti que dava pra ir, aí na segunda, quando eu saí, eu pensei, vou seguir essa daí, pelo menos não é Caxias [...] então eu costumo dizer que são três anjos da guarda: A Suelene que é a agente de saúde, que tentou e fez esse lance de apresentar a nutrição, você e a Nadir, que pegam no meu pé, literalmente [...]” - **Usuário 2***

#### **Fatores socioeconômicos**

No Brasil, os fatores renda e custo podem ter grande impacto na adesão do paciente ao tratamento. Assim sendo, é importante que seja observado, pelos profissionais de saúde, a situação econômica do paciente para prescrição de uma dieta que seja economicamente acessível e ao mesmo tempo efetiva para tratar a doença (Brasil, 2006). Se o paciente sente que o custo do tratamento está superior ao que ele possa manter, é provável que o tratamento não tenha continuidade (Jin e colaboradores, 2008). Quando perguntado sobre a influência da renda na continuidade do tratamento proposto, ambos alegaram não ter influenciado, pois encontrava-se dentro do orçamento familiar, porém o usuário 1 afirma que em tratamento anterior a este foi interrompido por questões financeiras.

*“[...] a comida, graças a deus, tem sustentado... não deixa faltar nada não...nunca falta um arroz, feijão, sei lá [...] em um tratamento anterior, a doutora passou um cardápio também, mas o dela era mais caro que o seu...o dela tinha bacalhau, não sei o que,... aí meu deus do céu, como é que eu vou fazer uma dieta dessas, não tem condições né?” - **Usuário 1***

#### **Fatores relacionados ao tratamento**

Geralmente, a procura pelos serviços de saúde está vinculada à percepção de dor e/ou incapacidade relacionada à doença (Caprara e Franco, 1999). Apesar dos riscos e da gravidade da obesidade, acredita-se que a procura pela perda de peso não ocorre objetivando-se a melhora da saúde e da qualidade de vida, mas a melhora da aparência física na busca pelo corpo magro (Ades e Kerbauy, 2002). Porém, quando questionados o motivo que os levou a procurar o serviço de nutrição, ambos relataram por motivos de prejuízos a saúde e o usuário 1 ainda destaca o preconceito das pessoas com este tipo de doença, demonstrando o reconhecimento do paciente sobre a doença e necessidade de tratamento:

*“Tava me sentindo muito pesada, o médico mandando eu procurar uma nutricionista, hidroginástica, exercício, atividade,... eu tava querendo ir ao shopping e em 15 minutos que eu rodava já tava cansada, 99 kg[...]” - **Usuária 2***

*“Porque sei lá, né... chega um certo momento que a gente pensa em emagrecer, em perder peso porque sabe que o futuro não é bom, é “chocarrise” das pessoas o dia todo, então a gente tem aquela vontade de seguir em frente, mas é difícil... muito difícil [...]” - **Usuário 1***

O grau de mudança comportamental requerido foi uma variável associada com a motivação do paciente em aderir ao tratamento. Esta variável é o fator decisivo para o sucesso da terapêutica da obesidade, uma vez que pode ser identificado se o paciente está preparado para fazer as mudanças necessárias no seu estilo de vida (Jardim, 2009).

As duas falas remetem ao desejo em perder peso, porém enquanto a usuária 2 demonstra uma evolução no tratamento, conseguindo reconhecer e aderir ao processo de reeducação alimentar na sua rotina, o usuário 1, traz em todas as suas falas questões relacionadas a sua auto-imagem, a falta de motivação e a dificuldade em se vestir e comprar roupas, sendo questões que o angustiam e tornam-se um empecilho para dar continuidade ao tratamento.



*“Ha... me deixou a vontade... eu não me senti tão assim, proibida né, eu achei assim, caramba, vou comer o que? [...] eu achava que seria aquele negócio, um cavalo de batalha, e pra mim não foi. Aí comecei a me reeducar, entendeu?” - **Usuário 2***

*“Há, eu esperava... eu tinha planos pra emagrecer mesmo, pra malhar, sei lá, poder ajudar a mulher em casa, eu esperava realmente perder peso e eu acho que o que me atrasou muito era a roupa pra me levar lá em baixo e tal, a gente que é gordo, é difícil, a roupa sempre é muito difícil [...] Roupa pra gordo é muito cara” - **Usuário 1***

A adesão ao tratamento é uma conquista lenta e gradual, sendo o primeiro passo necessário para o sucesso do tratamento, a concordância do paciente com a conduta proposta (Martins, 2005). Quando os pacientes possuem uma doença crônica, eles costumam analisar o custo-benefício da intervenção proposta, seja consciente ou inconscientemente. Isso significa que eles avaliam os benefícios da adesão ao tratamento contra as restrições ou esforços que deveriam fazer em suas vidas (Jin e colaboradores, 2008).

Ambos consideraram o tratamento fácil de ser cumprido, sendo destacado pela usuária 2, como pontos-chaves para o sucesso do tratamento: ter força de vontade, a importância do profissional não impor regras e sim negociá-las e deixar claro ao paciente que condutas inapropriadas ao tratamento poderão gerar prejuízos. O usuário 1 ainda destaca que seria importante ter horários regulares para as refeições, porém relata a dificuldade de segui-los devido a rotina familiar. Portanto, ao questioná-los sobre o tratamento proposto, buscou-se avaliar se eles o acharam complexo, ou seja, difícil de realizar.

*“[...] Eu acho um tratamento tranquilo e indico pra quem quiser seguir, tem que ter um pouquinho de força de vontade, mas, com outros nutricionistas, que a madalena passou por ser diabética, tem alguns que impõe, e eu acho que a imposição não é legal, entendeu?... Logicamente você tem que convencer a pessoa que tem que fazer aquilo, mas se ela não fizer vai ter um castigo, não é bem um castigo, mas se você anda pra frente e perde 5, 6 quilos e aí daqui a pouco, por*

*uma bobagem, você ganha 1, 2 quilos... eu sinceramente não gosto não.” - **Usuária 2***

*“Achei fácil de se cumprir ele, ...mas você vê, a gente não almoçou ainda. Aí fica difícil de ter um horário assim, certinho. As vezes eu nem junto cara, as vezes eu invento, diminuo, como um lanchinho, ou um café [...]” - **Usuário 1***

As causas para o abandono do tratamento são diversas e variam entre as pessoas. Fatores psicológicos como a ansiedade e a relação criada com o alimento, não podendo comer o que se quer e na hora que se quer, tem sido identificado como componentes de risco para continuidade da terapêutica (Perez e Romano, 2003). Buscando compreender motivos que possam dificultar o sucesso do tratamento, foram citados pelos entrevistados a perda de velhos hábitos, como consumo do açúcar e refrigerante, a ansiedade, realização do plano alimentar em datas comemorativas, a quantidade de comida e a regularidade das refeições ao longo do dia.

*“Dificuldade no açúcar, refrigerante, mesmo assim eu fiz, com o apoio da minha sobrinha [...] Ainda continuo com essa dificuldade, mas aí quando eu penso que posso ganhar peso, que eu posso acabar com o programa, com a reeducação, aí eu paro [...] Logicamente que tem um problema muito sério que é minha ansiedade, essa daí me derruba, não é a nutrição nem é a nutricionista [...] Cheguei aos 92 quilos, mas dezembro me atrapalhou, mas se chegar aos 89 em março, não to falando nem em fevereiro... porque fevereiro é uma fase importante, que é meu aniversário... (risos) [...] mas é só uma vez por ano, aí entra aquela história né, tudo é uma vez por ano, mas é isso”. - **Usuário 2***

*“O hábito da quantidade de comida, porque [...] fica faltando e aí a gente vai ficar desesperado ou vai roubar alguma coisa pra interar ou sei lá [...] comer de 3 em 3 hrs, a gente tem que controlar muito, aí fica difícil..nem almocei ainda, aí almoço, aí lá pras 10 hrs vai jantar, jantamos aí vamos tirar um sono, e aí [...]?” - **Usuário 1***

Alguns estudos já identificaram como preditores do abandono ao tratamento, os problemas pessoais, a ausência de apoio

familiar, a falta de motivação e os resultados negativos na perda de peso durante o tratamento do indivíduo (Inelmen e colaboradores, 2005). Ainda, podem ser associada à falta de compreensão de regimes, falta de crença no tratamento, complexidade do tratamento, negação da doença, comunicação problemática com a equipe de saúde e problemas psicológicos (Perez e Romano, 2003).

Corroborando com estes achados, foram identificadas neste estudo o apoio familiar e suporte social; os problemas psicossociais como a ansiedade, depressão e pensamentos negativos; o grau de motivação do paciente no início e durante o tratamento; a complexidade do tratamento; o conhecimento em saúde; a relação prescritor-paciente; os aspectos econômicos e as dificuldades pessoais como perda de velhos hábitos, realização do plano alimentar em datas comemorativas, a quantidade de comida e a regularidade das refeições ao longo do dia, como fatores que influenciam na adesão.

A partir desses resultados, sugere-se que estratégias como manter boa relação prescritor-paciente; incluir e mobilizar a família no processo de tratamento; esclarecer os custos e benefícios de seu tratamento; detalhar o regime de tratamento, sendo o mais claro e didático possível; ajudá-lo a identificar barreiras e desenvolver mecanismos para superá-las; estimular o paciente definindo metas e resultados, por exemplo, para o peso e nível de atividade física e intensificar o contato com o paciente, seja com consultas mais frequentes no início do tratamento ou através de contato telefônico, podem se tornar boas estratégias para prevenir recaídas e obter sucesso no tratamento. Porém alguns autores afirmam que estratégias como estas não levam a melhora alguma (Sackett e colaboradores, 2003).

## CONCLUSÃO

Nesse estudo foram destacados pontos que devam ser considerados na abordagem terapêutica da obesidade, uma vez que podem influenciar na continuidade do tratamento.

Sendo assim, sugere-se a necessidade de investimento contínuo em pesquisas que abordem o fenômeno da adesão/não-adesão em pacientes obesos,

principalmente sobre aspectos que vão além da sua epidemiologia, entendendo-se que a avaliação da adesão pode ser uma ferramenta de auxílio, para os profissionais de saúde, nas estratégias de intervenção diante dos problemas encontrados ao longo do tratamento, assim como, no desenvolvimento de programas de saúde pública no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- 1- Ades, L.; Kerbauy, R.R. Obesidade: Realidades e Indagações, Psicologia. USP Vol.13. Núm.1. 2002.
- 2- Anaruma, S.M. Autoconhecimento: um dos caminhos no tratamento da obesidade. Inform Psiq. Vol. 1. Núm.14. p. 23-7, 1995.
- 3- Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.
- 4- Batista, F.M.; Assis, A.M.O.; Kac, G. Transição nutricional: conceitos e características. In: Kac, G.; Sichieri, R.; Gigante, D.P. (Org.). Epidemiologia nutricional. ED. Fiocruz/ Ateneu, RJ, 2007.
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.
- 6- Brasil, Política nacional de alimentação e nutrição - PNAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2ª edição revisada. Brasília. Ministério da Saúde. 2003.
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-1066-2. Brasília. Ministério da Saúde, 108 p. 2, 2006.
- 8- Cabrera, M.A.S.; J. Filho, W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. Arq Bras Endocrinol Metab, Vol.45, Núm.5, p.494-501, 2001.
- 9- Caprara, A.; Franco, A.L.S. A relação paciente-médico: para uma humanização da

prática médica. Cad. Saúde Pública. Vol. 15. Núm.3. p.647-54. 1999.

10- Castro, M.R.; e colaboradores. Cirurgia Bariátrica: a trajetória de mulheres obesas em busca do emagrecimento. HU Revista, Juiz de Fora, Vol. 36, Núm. 1, p. 29-36, 2010.

11- Conselho Nacional de segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA. A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano a Alimentação adequada no Brasil Realização- Indicadores e Monitoramento- da Constituição de 1988 até os dias atuais- Brasília, 2010.

12- Cunha, G.T. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica / Gustavo Tenório Cunha. Campinas, 2004.

13- Damiani, D.; Oliveira, R.; Obesidade - Fatores Genéticos ou Ambientais. Revista Associação Médica Brasileira. Vol.52, Núm. 34, p. 57-80, 2002.

14- Damascena, L.L.; Neto, N.P.; Pereira, V.A. Correlação entre Obesidade Abdominal IMC e Risco Cardiovascular, Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Educação Física/ PROLICEN, 2007.

15- Escrivão, M.A.M.S.; e colaboradores. Obesidade exógena na infância e na adolescência, Journal Pediatric (Rio de Janeiro) Vol.76. Supl.3. p.s305-s10. 2000.

16- Ferriane, M. G. e colaboradores. Auto-imagem corporal dos adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Vol. 5. Num.1. p.27-33. 2005.

17- Figueiredo, R.M.; e colaboradores. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. Rev Latino-am Enfermagem. Vol. 9. Núm. 4. p. 50-5, 2001.

18- Francischi, R.P.P.; e colaboradores. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. Revista de Nutrição, Campinas, Vol. 13, Núm. 1, p. 17-28, 2000.

19- Franco, A.L.S.; Bastos, A.C.S.; Alves, V.S. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. Vol. 21. Núm. 1. p. 246-55, 2005.

20- Inelmen, E.M.; e colaboradores. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. Int J Obes (London). Vol. 29. Núm.1, p.122-8, 2005.

21- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Base de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Microdados/PNAD). Rio de Janeiro, 1999.

22- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). POF 2008 2009 - Antropometria e Estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. 2010.

23- Jardim, J.S.P. Avaliação Comportamental de uma Amostra de Doentes com Excesso de peso/Obesidade. Faculdade de Ciências da nutrição e alimentação. Universidade do Porto. Porto, 2009.

24- Jin, J.; e colaboradores. "Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective." Therapeutics and Clinical Risk Management. Vol. 4. Núm.1. p. 269-286, 2008.

25- Leite, S.N.; Vasconcellos, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, Vol. 8, Núm. 3, 2003.

26- Martins, C. Aconselhamento nutricional. In Cupari, L. Nutrição clínica do adulto. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar. Unifesp/EPM. São Paulo. Manole, p.111-27. 2005.

27- Miller, N.H.; Hill, M.; Kottke, T.; Ockene, I.S. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for health care professionals. Circulation. Vol. 95. P.1085-1090, 1997.

28- Moore, P.J.; e colaboradores. Os fatores psicossociais em evitar tratamento médico e psicológico: o papel da relação médico-paciente. *J psicol. Saúde*. Vol. 9. p.421-33, 2004.

29- Organização Mundial da Saúde. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on Obesity. Geneva, 1998.

30- Organização Mundial da Saúde. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, 2003.

31- Perez, G.H.; Romano, B.W. Apoio familiar e suas repercussões na adesão ao tratamento da obesidade / Family support and obesity treatment adherence. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*. Vol. 13. Núm.1, supl.A. p.1-6, 2003.

32- Reis, J.C. O Sorriso de Hipócrates: A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença. Lisboa: Vega; 1998.

33- Sackett, D.L.; e colaboradores. Medicina baseada em evidências : Prática e ensino. 2ª edição. *Artmed*. p.145-6, 2003.

34- Santos, M. H. A. V.; Figueiredo, M. I. T.; Borges, O.; Santana, Z. H.; Monego, E. T. - Diagnóstico em saúde coletiva - ferramenta para o planejamento da equipe de saúde da família do setor Vila Nova. Gurupi (TO). *Revista da UFG*, Vol. 6, Núm. Especial, 2004.

35- Sapatéra, M. L. R.; Pandini, E. V. Obesidade na adolescência. *Revista Digital*. Araçatuba, Ano 10, Núm. 85, 2005.

36- Silva, I.; Ribeiro, J.P.; Cardoso, E. "Adesão ao tratamento da diabetes Mellitus: A importância das características demográficas e clínicas. *Revista Referencia* 2ª Série. Núm. 2, 2006.

37- Silveira, L.M.C.; Ribeiro, V. M. B. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients, *Interface - Comunic. Saúde, Educ*. Vol.9, Núm.16, p.91-104, 2005.

38- Slawka, S. O Temo de Consentimento Livre Esclarecido e a pesquisa em seres humanos na área da Saúde: Uma revisão crítica. São Paulo, 2005.

39- SMSDC/RJ- Secretaria Municipal de saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, Disponível em: [www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=2502118](http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=2502118). Acessado em 27/02/2012.

40- Soares, M.C.; e colaboradores. O efeito do fornecimento da informação na ansiedade pós-operatória numa população portuguesa de pacientes candidatos a cirurgia cardíaca. In: *Actas do 2ª congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Lisboa,1997.

41- Soares, A.P.C.M. O modo de aprendizagem do paciente obeso e adesão ao tratamento. Rio de Janeiro: UFRJ/ Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, 2009.

42- Tobar, F.; Yalour, M.R. Como fazer teses em Saúde Pública: Conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e Informações de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

Recebido para publicação em 22/03/2012  
 Aceito em 04/04/2012