

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE PESSOAS COM EXCESSO DE PESO****TREATMENT ADHERENCE OF PEOPLE WITH OVERWEIGHT****ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON EXCESO DE PESO***Dandara Caroline de Andrade Amorim¹, Cássia Moraes Coutinho², Cátia Suely Palmeira³***RESUMO**

Objetivo: identificar os fatores que influenciam a adesão ao tratamento de pessoas com excesso de peso.

Método: estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizado em um ambulatório de referência em obesidade, com 88 pessoas de ambos os sexos com excesso de peso. Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado, apresentados em tabelas e figura, e analisados de maneira descritiva.

Resultados: dificuldade em seguir a terapêutica (65%), não realiza atividade física (54,5%). Dos 73,9% que informaram seguir a dieta, 46,2% faziam de forma regular. Principais motivos para não realizar atividade física: limitações físicas (37,3%), falta de tempo (31,3%) e falta de motivação/disciplina (25,0%); motivos para não seguir a dieta: dificuldade com os horários das refeições (58,5%), disponibilidade financeira (46,2%) e quantidade dos alimentos (38,5%).

Conclusão: os entrevistados apresentam dificuldades específicas em aderir ao tratamento. Há necessidade de uma abordagem individualizada e adequada ao perfil da população.

Descritores: Obesidade; Cooperação do Paciente; Tratamento; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to identify the factors that influence treatment adherence of overweight people. **Method:** this is a descriptive-exploratory study with a quantitative approach, carried out in a reference outpatient clinic in obesity, with 88 people of both genders and having overweight. The data were collected through a structured questionnaire, presented in tables and figures, and analyzed in a descriptive way. **Results:** difficulty in following therapy (65%), did not perform physical activity (54.5%). In 73.9% who reported following the diet, 46.2% did it on a regular basis. The main reasons for not doing physical activity are physical limitations (37.3%), lack of time (31.3%) and lack of motivation/discipline (25.0%). The reasons for not following the diet were: difficulty with mealtimes (58.5%), financial availability (46.2%) and quantity of food (38.5%).

Conclusion: the interviewees had specific difficulties in adhering to the treatment. There is a need for an individualized and adequate approach to the population profile. **Descriptors:** Obesity; Patient Cooperation; Treatment; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de personas con exceso de peso. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio, con enfoque cuantitativo, realizado en un ambulatorio de referencia en obesidad, con 88 personas de ambos sexos con exceso de peso. Los datos fueron recogidos por medio de un cuestionario estructurado, presentados en tablas y figura, y analizados de manera descriptiva.

Resultados: dificultad en seguir la terapia (65%), no realizar actividad física (54,5%). De los 73,9% que informaron seguir la dieta, 46,2% lo hacían de forma regular. Principales motivos para no realizar actividad física: limitaciones físicas (37,3%), falta de tiempo (31,3%) y falta de motivación/disciplina (25,0%); motivos no seguir la dieta: dificultad con los horarios de las comidas (58,5%), disponibilidad financiera (46,2%) y cantidad de los alimentos (38,5%).

Conclusión: los entrevistados presentan dificultades específicas en adherirse al tratamiento. Hay necesidad de un enfoque individualizada y adecuada al perfil de la población.

Descriptores: Obesidad; Cooperación del Paciente; Tratamiento; Enfermería.

¹Enfermeira e Pós-Graduanda, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Salvador (BA), Brasil. E-mail: danda_andrade06@hotmail.com; ²Enfermeira (egressa), Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/EBMSP. Salvador (BA), Brasil. E-mail: cmcoutinho@outlook.com; ³Enfermeira, Mestre, Doutoranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/UFBA. Salvador (BA), Brasil. E-mail: catia_palmeira@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde afirma que o excesso de peso constitui uma epidemia mundial, atinge todas as camadas sociais, faixas etárias, países desenvolvidos e em desenvolvimento. As prevalências do sobrepeso e da obesidade aumentaram significativamente nos últimos 30 anos e estima-se que 1 bilhão de adultos estejam com sobrepeso no mundo e cerca de 475 milhões sejam obesos.¹ No Brasil, segundo a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL, realizada nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal, a prevalência de excesso de peso nos homens é 56,5% e nas mulheres 49,1%, e de obesidade em ambos os sexos é de 17,9%.²

No contexto das doenças crônicas não transmissíveis, a obesidade se sobrepõe por ser uma doença e um fator de risco interligado a outras doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão e o diabetes, câncer e osteoartrite, levando a piora da qualidade de vida e aumentando o risco de morte prematura.¹

O excesso de peso tem causa multifatorial, resultante da interação genética e ambiental. É influenciada também por fatores psicossociais, econômicos, endócrinos e metabólicos. Portanto, a prevenção e tratamento dessa condição de saúde devem ser multiprofissionais para garantir além da redução do peso a mudança do estilo de vida.³ No que se refere ao tratamento da obesidade, esta deve ser reconhecida como uma doença e tratada com tal. Independente do tratamento indicado, seja ele dietético, prática de atividade física, medicamentoso ou cirúrgico, ele requer imprescindivelmente mudanças comportamentais do indivíduo.⁴

A eficácia do tratamento depende da adesão ao tratamento, que pode ser definida pelo comportamento de um paciente diante das recomendações dos profissionais de saúde quanto ao uso de medicamentos, adoção de dietas ou mudanças do estilo de vida.⁵ Desta forma, a adesão está relacionada ao papel ativo do paciente que participa e assume responsabilidade sobre seu tratamento.⁶

Como a adesão ao tratamento é influenciada por vários determinantes, incluindo meio ambiente, características da personalidade da pessoa e atitudes dos profissionais de saúde, faz-se necessário o conhecimento dos aspectos envolvidos na não adesão para o planejamento de estratégias de acompanhamento mais apropriado, que aborde os pacientes em suas especificidades.⁷

A abordagem das pessoas com excesso de peso deve contemplar as suas reais demandas e necessidades, estar mais perto de sua realidade e dificuldades enfrentadas no dia a dia e contribuir para redução dos obstáculos para uma melhor adesão.⁸ Somente com esta visão a equipe de enfermagem pode desenvolver ações específicas que, além da dimensão biológica, contemple os aspectos psíquicos, sociais e culturais destas pessoas.

Considerando que a produção do conhecimento sobre fatores que influenciam a adesão ao tratamento de pessoas com excesso de peso é escassa na literatura nacional e na área de enfermagem, o avanço do conhecimento poderá contribuir para uma compreensão abrangente dessa temática. Nesse contexto, este estudo tem como pergunta investigativa << **Quais os fatores que influenciam o processo de adesão ao tratamento de pessoas com excesso de peso?** >> e como objetivo:

- Identificar os fatores que influenciam no processo de adesão ao tratamento de pessoas com excesso de peso.

MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizado em um ambulatório de referência em obesidade de uma Instituição Privada de Ensino Superior da cidade de Salvador, Bahia, Brasil.

A população do estudo foi constituída por 88 pacientes com excesso de peso que são cadastrados em um serviço de referência em obesidade de uma instituição de ensino superior privada, na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. A seleção da amostra foi por técnica de conveniência, pois as pesquisadoras escolheram para participar da pesquisa os pacientes que estivessem presentes no serviço de saúde para a realização da consulta agendada no período estabelecido para a coleta, nos meses de fevereiro a abril de 2015.

Foram incluídos os pacientes de ambos os sexos maiores de 18 anos que estavam sendo acompanhados pela equipe por um período mínimo de seis meses. Apesar do critério de exclusão de pessoas que não tivessem condições de responder às perguntas do questionário por problemas cognitivos ou psiquiátricos graves, nenhuma delas possuiu este critério.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas e o instrumento utilizado foi um questionário estruturado elaborado pelas pesquisadoras, com questões referentes aos dados sociodemográficos (idade, sexo, cor da pele autodeclarada, escolaridade, situação

conjugal, situação laboral e renda familiar);classificação do grau de excesso de peso; antecedentes familiares de obesidade; variáveis relacionadas ao ganho de peso (início do ganho de peso, tentativa prévias de perda de peso,tratamento atual e tempo em tratamento); e variáveis relacionadas à adesão ao tratamento (dificuldades para seguir o tratamento, frequência às consultas, prática de atividade física e hábitos alimentares).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), CAAE: 39024714.6.0000.5544 e protocolo nº 943.457. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após leitura e esclarecimento sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa.

A análise estatística descritiva dos dados incluiu média e desvio padrão das variáveis quantitativas e frequência absoluta e relativa das variáveis categóricas. Os resultados estão representados em tabelas e figuras com respectiva discussão e comparação com dados

da literatura. Utilizou-se o Programa Estatístico SPSS versão 18.0 para armazenamento e processamento dos dados.

RESULTADOS

A idade média dos 88 participantes da pesquisa foi 51,4 anos (DP 11,4), mínima de 24 e máxima de 71 anos. A faixa etária com maior frequência foi de 50 a 59 anos (36,4%). A maioria da amostra foi constituída do sexo feminino (92,0%), cor da pele autodeclarada preta (52,3%), com ensino médio (53,4%) e que viviam sem companheiro (58,0%). Com relação à situação laboral, a maior parte era de aposentados (27,3%) e 76,1% possuíam renda de um a três salários mínimos (Tabela 1).

Os dados revelaram que 17 (19,3%) tinham sobrepeso, 26 (29,5%) obesidade grau I, 22 (25%) grau II e 23 (26,1%) grau III. Quanto aos antecedentes e descendentes com obesidade na família, 71,6% dos entrevistados informaram a presença de pelo menos um parente de 1º grau (pais, irmãos ou filhos), sendo irmãos (31,7%) e genitores (27,0%).

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas de pessoas com excesso de peso. Salvador (BA), Brasil, 2016.

Características sociodemográficas	n	%
Idade		
<40	17	19,3
40 - 49	19	21,6
50-59	32	36,4
≥ 60	20	22,7
Sexo		
Feminino	81	92,0
Masculino	7	8,0
Cor da pele autodeclarada		
Branca	4	4,5
Parda	38	43,2
Preta	46	52,3
Escolaridade		
Analfabeto/ Sabe ler e escrever	4	4,5
Ensino fundamental	34	38,7
Ensino médio	47	53,4
Nível superior	3	3,4
Situação conjugal		
Com companheiro	37	42,0
Sem companheiro	51	58,0
Situação laboral		
Aposentado	24	27,3
Trabalha com vínculo	17	19,3
Autônomo	18	20,5
Do lar	20	22,7
Estudante	1	1,1
Desempregado	8	9,1
Renda familiar mensal		
<1 salário mínimo	18	20,5
1-3 salários mínimos	67	76,1
4-5 salários mínimos	3	3,4

O início do ganho de peso foi relacionado pelos participantes principalmente com a gestação (42,0%) e o aumento da idade (18,2%). Uma minoria (8,0%) associou o ganho de peso com outros fatores diversos como:

histerectomia, menarca, uso de corticoide, abandono do tabagismo e problemas emocionais (Tabela 2).

Com relação ao tratamento, 48,9% informaram tentativas prévias de perda de

peso, sendo que 62,2% referiram realizá-las conta própria sem nenhum acompanhamento com profissional. A maioria (39,2%) dos pacientes se encontra com tempo superior a quatro anos fazendo o tratamento e somente 13,6% apresentam tempo inferior a um ano

(Tabela 2). Setenta e cinco por cento dos entrevistados informaram possuir algum tipo de apoio da família acerca da terapêutica, a exemplo de apoio financeiro, emocional e incentivo para a continuidade do tratamento.

Tabela 2. Distribuição das variáveis relacionadas ao ganho de peso, tratamentos prévios e atual realizados por pessoas com excesso de peso. Salvador (BA), Brasil, 2016.

Variáveis	n	(%)
Início do ganho de peso		
Desde a infância	15	17,0
Com o aumento da idade	16	18,2
Após o casamento	13	14,8
Após gestação	37	42,0
Outros	7	8,0
Tentativas prévias para perder peso		
Sim	43	48,9
Não	45	51,1
Tipo de tratamento prévio (n=43)		
Com acompanhamento por profissionais de saúde	17	37,8
Por conta própria	28	62,2
Tempo em tratamento para o controle de peso		
< 1 ano	12	13,6
1 - 2 anos	25	28,4
3 - 4 anos	16	18,2
> 4 anos	35	39,2

De acordo com os dados da tabela 3, verifica-se que 64,8% dos participantes informaram possuir dificuldades para seguir o tratamento para o controle de peso. A maioria dos entrevistados (67,0%) informou comparecer assiduamente as consultas e apenas 11,4% faltaram às consultas duas a três vezes no ano.

A prática de atividade física regular foi referida por 45,5% e o percentual dos que tinham esta prática há mais de seis meses foi de 52,4%. As principais modalidades de atividade física eram: aeróbica 34 (85%), aeróbica mais musculação 2 (5%), pilates 2 (5%) e hidroginástica/natação 1 (2,5%). Os motivos relatados pelos 45 entrevistados que não praticavam atividade física regular foram: relacionados a problemas físicos (fascite plantar, lombalgia e dores articulares) 37,5%, falta de tempo (31,3%) e problemas de ordem emocional (desmotivação, preguiça e desânimo) (31,3%) (Tabela 3).

Os dados revelaram que a prática de atividade física regular era mais frequente entre as pessoas que tinham maior grau de escolaridade (ensino médio e ensino superior) (60,0%) do que menor grau (alfabetizado e ensino fundamental) (40,0%). Esta prática era maior entre as pessoas com 50 anos ou mais (57,5%).

No que se refere ao seguimento do tratamento dietoterápico para o controle do peso, 73,9% informaram fazer dieta e, dentre estes, menos da metade (46,2%) faziam-na regularmente, deixavam de fazer a dieta frequentemente (58,5%) e raramente transgrediam a dieta (24,6%) (Tabela 3). Entre os que diziam seguir a dieta para perder peso, a maior frequência era de pessoas com maior escolaridade (63,1%) do que com menor grau de escolaridade (36,9%). Os entrevistados com 50 anos ou mais também informavam maior adesão à dieta (60,0%) do que com menos de 50 anos (40,0%).

Dentre as dificuldades em fazer a dieta, o problema relacionado ao horário da alimentação foi mais frequente (58,5%), a disponibilidade financeira apareceu como a segunda dificuldade (46,2%), seguida da relacionada à quantidade dos alimentos (38,5%) e a qualidade (23,1%). A redução do consumo de alimentos ricos em gordura foi referida pela maioria da população (89,8%), seguida da redução do uso de alimentos preparados por meio de fritura (68,2%) e do consumo de doces (64,8%). A redução do consumo do sal e de carnes vermelhas e vísceras também foi referida por 62,5% e 34,1%, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da amostra conforme as dificuldades de seguimento do tratamento, frequência às consultas, prática de atividade física e terapêutica dietética. Salvador (BA), Brasil, 2016.

Variáveis		
Dificuldades para seguir o tratamento atual		
Sim	57	64,8
Não	31	35,2
Falta às consultas no último ano		
Comparecimento às consultas agendadas	59	67,0
Faltou menos de duas vezes	19	21,6
Faltou de duas a três vezes	10	11,4
Prática de atividade física regular (≥ 3 vezes/semana)		
Sim	40	45,5
Não	48	54,5
Motivos para não realização da atividade física (n= 48)		
Relacionados à falta de tempo	15	31,3
Relacionados a problemas físicos	18	37,5
Relacionados à motivação e disciplina	12	25,0
Relacionados à estrutura do bairro	2	4,2
Relacionados à dificuldade financeira	1	2,1
Realizando dieta para redução do peso	65	73,9
Seguimento da dieta de forma regular (n=65)		
Número de vezes que deixou de seguir a dieta no último mês (n=65)		
Frequentemente	38	58,5
Às vezes	11	16,9
Raramente	16	24,6
Motivos das dificuldades em fazer a dieta (n=88)		
Relacionados à qualidade dos alimentos	25	23,1
Relacionados à quantidade dos alimentos	15	38,5
Relacionados aos horários	38	58,5
Relacionados à disponibilidade financeira	30	46,2
Outros motivos diversos	3	2,3
Cuidados com a alimentação para a redução de peso		
Redução do consumo de gorduras	79	89,8
Redução do uso de frituras	60	68,2
Redução do consumo de doces	57	64,8
Redução do consumo de carnes vermelhas e vísceras	30	34,1
Redução do consumo do sal	55	62,5
Outros	17	19,3

Quanto à frequência do consumo de alimentos, 30,7% tinham o hábito de ingestão de alimentos gordurosos menos que duas vezes na semana e 35,2% informaram não utilizar frituras no preparo dos alimentos. A maioria dos participantes referiu o consumo

diário de alimentos integrais e de frutas e verduras 30,7% e 62,3%, respectivamente. Com relação a outros alimentos ricos em calorias 19,3% informaram a redução do consumo de alimentos como massas, pão e farinha. (Figura 1).

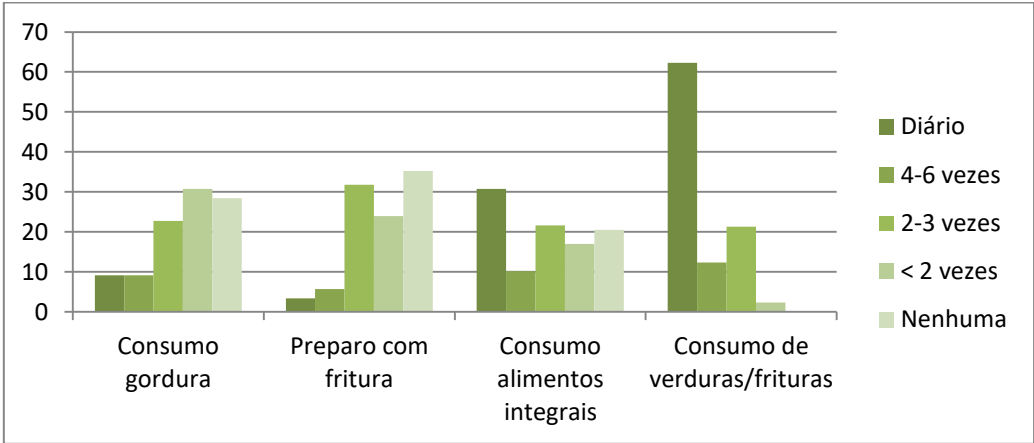


Figura 1. Distribuição da frequência do consumo alimentar de gorduras, frituras, alimentos integrais, verduras e frutas por pessoas com excesso de peso. Salvador (BA), Brasil, 2016.

DISCUSSÃO

Considerando que fatores como idade, cor, gênero, escolaridade, renda e hábitos influenciam o surgimento, a manutenção do excesso de peso e a adesão ao tratamento, a

caracterização biossocial e demográfica dos indivíduos mostra-se relevante.

A média de idade de 51,4 anos encontrada neste estudo representa uma medida já esperada, pois a frequência do excesso de peso na população brasileira é mais comum na faixa etária de 45 a 54 (61,6%) e na faixa de

55 a 64 anos (61,8%),² bem como sua grande maioria ser composta do sexo feminino, pois estudos que relatam uma maior utilização dos serviços de saúde pelas mulheres.⁹ A predominância de pessoas de cor autodeclarada preta e parda representa o perfil da população de Salvador, que tem na sua composição uma maior proporção de indivíduos com estas cores de pele (82,1%).¹⁰

O percentual alto de pessoas com apenas ensino fundamental e ensino médio é relevante, pois a baixa escolaridade além de estar associada ao ganho de peso pode influenciar o enfrentamento do problema como dificultadora da compreensão da natureza do agravo e das orientações necessárias ao segmento adequado da terapêutica.

Outro dado importante neste estudo encontrado refere-se à predominância de pessoas com renda mensal menor que quatro salários mínimos. A obesidade vem crescendo principalmente nas pessoas mais desfavorecidas economicamente e uma das causas apontadas para a relação inversa entre excesso de peso e nível socioeconômico é o baixo poder aquisitivo para adquirir alimentos mais saudáveis, devido ao seu alto custo, gerando o consumo de alimentos baratos, altamente calóricos e com pouco valor nutritivo.⁸ Além do acesso a um melhor padrão alimentar, pessoas com baixa renda têm menor acesso ao conhecimento e aos serviços de saúde,¹¹ o que demanda cuidados especiais quanto às adequações das orientações terapêuticas.

A investigação sobre o início do ganho de peso revelou que a maioria dos indivíduos entrevistados iniciou o aumento de peso após gestação (42%). Os achados do presente estudo corroboram resultados de outra pesquisa,¹² na qual 56% dos participantes também relataram início do ganho de peso após a gestação. Um aumento excessivo de peso no período gestacional pode ocasionar a retenção deste peso por um tempo após o parto, e assim predeterminar uma condição de obesidade posterior.¹³

O percentual de 48,9% de pessoas que já fizeram tratamentos anteriores demonstra que manter o peso pode ser mais difícil do que emagrecer. Segundo Oliveira e Silva⁸, como manter o peso depende muito da motivação pessoal, é necessário que as formas de intervenção sejam compatíveis com as necessidades e demandas das pessoas e que estejam próximas da sua realidade e dificuldade enfrentadas no dia a dia. O uso de medicamentos sem prescrição médica e dietas caseiras sem acompanhamento nutricional para perda de peso relatada por uma grande

parcela merece destaque, pois dietas sem orientação de um profissional de saúde, especialmente o nutricionista, pode representar um risco à saúde,¹⁴ portanto, estas condutas devem ser identificadas e desestimuladas em cada consulta e até mesmo em atividades educativas para promoção da saúde.

A dificuldade em seguir o tratamento, referida por mais da metade da amostra, está de acordo com outro mostra que traz a necessidade de os profissionais de saúde conhecerem estes aspectos de forma abrangente para poderem ajudar os pacientes a enfrentar e superar as dificuldades individuais de cada pessoa.

O alto percentual dos entrevistados que referiram não ter faltado a nenhuma consulta no último ano demonstra que o comparecimento a estas não foi um problema. Como a maioria dos participantes já vem sendo acompanhado pela equipe de saúde por tempo superior a quatro anos, este aspecto pode favorecer a manutenção do vínculo com os profissionais e consequentemente ajudar na continuidade do tratamento. Considerando que a adesão ao tratamento é um processo que engloba diversos fatores, incluindo a ligação entre o profissional de saúde e o paciente, a falta de vinculação pode promover desmotivação, baixa adesão e abandono do tratamento.¹⁵

Configura-se como resultado preocupante o fato de menos da metade dos entrevistados praticarem atividade física, pois os benefícios desta prática já são conhecidos para o controle do peso e para proteção de outras doenças crônicas.¹⁶⁻⁷ A alta frequência de adultos sedentários na população brasileira (20,2%) e o seu aumento com a idade e em pessoas com baixa escolaridade corrobora com os dados deste estudo que é constituído em sua maioria de pessoas com mais de 50 anos e com poucos anos de estudo.¹⁸

Os principais motivos da não realização de atividade física foram as queixas de dores osteomusculares, dificuldade financeira e falta de locais públicos próprios e seguros. Estudo realizado com adultos obesos em Brasília constatou que 51% dos indivíduos justificam o comportamento negativo em relação à prática de atividade física pela falta de tempo; 27,4% por falta de disposição; 5,8% por problemas de saúde e 15,8% por outros motivos (não gosta, clima desfavorável, falta de hábito, falta de recursos financeiros e falta de local adequado).¹⁹

Como o desconforto físico devido a dores osteoarticulares, bastante comum em pessoas obesas, impede ou prejudica a participação

Amorim DCA, Coutinho CM, Palmeira CS et al.

Adesão ao tratamento de pessoas com excesso...

em programas de atividade física,²⁰ é essencial tratar os problemas relacionados à estrutura musculoesquelética.¹² Sabe-se que a atividade física aprimora a forma como o indivíduo lida com o seu corpo, podendo contribuir em comportamentos relativos à qualidade de vida, aos hábitos alimentares e ao convívio social.²¹ As condições estruturais públicas no que tange às infraestruturas das ruas (condições das calçadas, presença de lixo e de entulho e ausência de áreas de lazer) e, ainda, questões relacionadas à segurança, são determinantes para a prática de atividade física.²² Assim, os profissionais de saúde precisam conhecer as condições relacionadas à moradia e “falta de tempo” para fazer uma orientação adequada e individualizada sobre onde, quando e como realizar atividade física.

Embora de uma grande parte dos participantes referirem realizar dieta, a maioria a realizava de forma irregular. Tendo em vista que um dos pilares do tratamento da obesidade é adoção de hábitos alimentares saudáveis para que um plano alimentar de perda de peso tenha sucesso, é preciso haver uma boa adesão a ele.¹⁶

Mais da metade informou que frequentemente não seguiam a dieta e os motivos declarados foram diversos, destacando-se principalmente as dificuldades relacionadas aos horários da alimentação fracionada. Preconiza-se o fracionamento das refeições para facilitar o controle do peso, pois o ritmo metabólico pode ser favorecido por esta ação e o consumo de quatro a seis refeições por dia para evitar o consumo de grandes volumes de alimentos em uma única refeição e intervalos prolongados entre as refeições.¹⁶ O hábito de realizar um maior número de refeições diárias contribui para a redução do hábito de “provar” outros alimentos não adequados durante o dia.²³

A disponibilidade financeira, considerada outro fator que dificulta diretamente, foi outro aspecto importante encontrado neste estudo. Num estudo⁸, foram identificadas que dificuldades financeiras e falta de tempo para adquirir e preparar alimentos mais saudáveis levavam ao consumo de alimentos de fácil preparo e altamente calóricos, bem como a diminuição do número de refeições ao dia e ainda comer em horários inadequados. Nos países em desenvolvimento, o nível socioeconômico está diretamente interligado aos hábitos alimentares não saudáveis, sobrepondo-se a menor prática de atividade física, o que favorece o aumento de peso ponderal.²⁴

Ressaltam-se ainda as dificuldades relacionadas à qualidade e quantidade

adequadas de alimentos informadas pelos entrevistados. O conhecimento destas dificuldades permite aos profissionais realizar uma orientação individualizada e com maior possibilidade de adesão.

Considerando que o consumo de gordura é um hábito comum entre a população brasileira, pois cerca de um terço admite consumir carnes com excesso de gordura,² a redução do consumo de gorduras, de frituras e de doces, relatada pela maioria dos entrevistados, é considerada um fato importante, pois estes cuidados mostram que eles compreendem que estes alimentos não contribuem de forma positiva para controle do peso.

Enquanto que alta frequência de entrevistados que dizem reduzir o sal pode ser considerada um aspecto positivo, tendo em vista que a maioria dos participantes possuem outras comorbidades como hipertensão arterial, o fato de apenas 34,1% reduzir o consumo de carnes vermelhas e de vísceras é preocupante, pois muitos deles também têm dislipidemia.

Os achados no estudo revelam que os entrevistados possuem um padrão de comportamento alimentar incorreto quanto à frequência de consumo de alimentos ricos em gorduras. Apenas cerca de um terço nunca o consomem e 40,9% o fazem mais de duas vezes por semana. Entretanto, em relação à fritura, o percentual de 35,2% de pessoas que não usam frituras pode significar que elas estão optando por outras formas de preparo mais saudáveis, como por exemplo, o grelhado, o que é preconizado como padrão de forma de preparo adequada.¹⁶ Dados recentes sobre o consumo alimentar dos brasileiros revelaram o incremento do consumo de gorduras em geral, especialmente, a gordura saturada.²

Quanto aos alimentos considerados marcadores de padrões saudáveis, o percentual de consumo de alimentos integrais diariamente (30,7%) e de frutas e verduras (63,6%) podem ser considerados relevantes. Na população de Salvador, o consumo de frutas e hortaliças é 29,7%.² Os alimentos ricos em gordura e sódio devem ser evitados e o consumo de alimentos integrais, de frutas e de verduras deve ser valorizado.²⁵

A adesão ao tratamento do excesso de peso demanda que o indivíduo adote um novo estilo de vida. Geralmente, os padrões de hábitos alimentares são moldados principalmente pelas relações sociais e expressam escolhas individuais com base na influência familiar e no contexto social. As formas de enfretamento dessas situações requerem mudanças de

padrões comportamentais e sociais há muito estabelecidos, geralmente difíceis de serem modificados. Nesse sentido, um conjunto de valores, crenças e hábitos historicamente construídos, e que estão vinculados a um determinado padrão de consumo, não pode ser ignorado por todos os envolvidos na atenção à saúde.

Embora as pessoas com excesso de peso possam enfrentar a fase inicial do tratamento sem muitas dificuldades, muitas vezes podem estar despreparadas para aceitar a realidade de que a manutenção da perda de peso requer uma adesão a um novo comportamento ao longo da vida. O conhecimento dos fatores que impedem o paciente em seguir as recomendações pode nortear as ações desenvolvidas pela equipe de saúde para ajudar o paciente na adesão ao tratamento.⁶

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou conhecer o perfil de pessoas acompanhadas por um projeto de acompanhamento de pessoas com excesso de peso, aspectos relacionados à terapêutica e, principalmente, identificar alguns fatores que interferem na adesão ao tratamento.

Com relação às dificuldades no seguimento da dieta, questões financeiras para aquisição de alimentos e horário para preparar os alimentos e para realizar todas as seis refeições, incluindo os lanches nos intervalos, surgiram como as principais barreiras a serem enfrentadas e superadas. As dificuldades para a prática de atividade física regular ficaram por conta dos problemas físicos, principalmente os osteomusculares, da falta de tempo, de motivação e autodisciplina, e ainda relacionados à infraestrutura do bairro.

Entendendo que a obesidade é um fato complexo, determinado por questões sociais, familiares, biológicas e emocionais e que a adesão ao tratamento envolve também uma rede de fatores diversos, os profissionais de saúde devem olhar o indivíduo como um todo dentro do contexto social em que ele está inserido. Devem ser adotadas estratégias para reconhecer as limitações de cada pessoa e ajudá-la a lidar com elas, atendendo especificamente a situação de cada uma, principalmente com os conhecidos fatores intervenientes na adesão, como os determinantes sociais. Não deve priorizar apenas a vigilância nutricional e a prática de exercícios físicos, mas todas as questões envolvidas no contexto do problema.

Dentre os limites do estudo, destacamos a o tamanho e forma de seleção da amostra. Como a seleção foi de conveniência, pode ocorrer viés de seleção, o que não permite

realizar generalizações em relação à adesão ao tratamento de pessoas com excesso de peso. Assim, sugere-se que estudos posteriores que venham a ser realizados incluam amostra de maior tamanho, com seleção probabilística e que aprofunde as questões referentes ao tema.

REFERÊNCIAS

1. World health organization. Controlling the global obesity epidemic. 2015. [cited 2016 Jan 02]. Available from: <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
3. Bueno JM, Leal FS, Saquy LPL, Santos CB, Ribeiro P. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. Rev Nutri [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 10];24(4):575-84. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000400006
4. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO. Atualização das diretrizes para o tratamento farmacológico da obesidade e do sobrepeso. ABESO 76 - Oct 2010 - Edição Especial [Internet]. Available from: <http://www.abeso.org.br/>.
5. Jimenez HL. Adherencia terapéutica y oportunidades de mejor a del estado salud-enfermedad. Rev costarric. salud pública [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 20]; 23(1):68-74. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1409-14292014000100012
6. Freitas JGA, Nielson SEO, Porto CC. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa de literatura. Rev Soc Bras Clin Med [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 10];13(1):75-84. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4782.pdf>
7. Niquini C, Navarro F, Bessa F. 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. Rev Bras Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, São Paulo. [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 11];6(31):46-57. Available from: www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/viewFile/191/190
8. Oliveira APSV, Silva MM. Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. Rev Psicol Saúde. [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 10];6(1):74-82. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2177-093X2014000100010&script=sci_arttext.

9. Moraes SA, Lopes DA, Freitas CM. Diferenças sexo-específicas na prevalência e nos fatores associados à procura por serviços de saúde em estudo epidemiológico de base populacional. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 10];323-40. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n2/pt_1415-790X-rbepid-17-02-00323.pdf.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2012. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
11. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. *Ciênc Saúde Col* [Internet]. 2011 [cited 2016 June 10];16(4):2279-87. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>.
12. Fett CA, Feet WCR, Marchini JS, Ribeiro RPP. Estilo de vida e fatores de risco associados ao aumento da gordura corporal de mulheres. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2016 Mar 10];15(1):131-140. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a19v15n1.pdf>
13. Martins APB, Benicio MHA. Influência do consumo alimentar na gestação sobre a retenção de peso pós- parto. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 2016];45(5):870-77. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/2493.pdf>
14. Abreu SA, Paternez ACAC, Chaud DMA, Valverde F, Gaze JS. Parâmetros nutricionais de dietas anunciadas na imprensa leiga destinada ao público masculino e feminino. *Ciênc Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 30];6(3):206-2013. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/13479/10680>
15. Souza K M J, Sá LD, Palha PF, Nogueira JÁ, Villa TCS, Figueiredo DA. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2016 Jan 30];44(4):904-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/07.pdf>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
17. Tavares TB, Nunes SM, Santos MO. Obesidade e qualidade de vida: revisão de literatura. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2010 [cited 2016 Mar 10];20(3):359-66. Available from: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/371>
18. Knuth AG, Malta DC, Dumith SC, Pereira CA, Moraes NOL, Temporão JG et al. Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008. *Ciênc Saúde coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 10];16(9):3697-705. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a07v16n9.pdf>
19. Thomaz P MDias, Costa THM, Silva EF, Hallal PC. Fatores associados à atividade física em adultos, Brasília, DF. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2010 [cited 2016 Apr 1];44(5):894-900. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php>
20. Macedo TTS, Palmeira CS, Guimarães AC, Lima ML, Ladeia AMT. The meaning of obesity: the perception of obese patients. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 28];7(esp):7064-73. Available from: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/
21. Cavalcanti CL, Gonçalves MCR, Cavalcanti AL, Costa SFG, Asciutti LSR. Programa de intervenção nutricional associado à atividade física: discurso de idosas obesas. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 10];16(5):2383-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a07v16n5.pdf>
22. Parra DC, Hoehner CM, Hallal PC, Ribeiro IC, Reis R, Brownson RC et al. Perceived environmental correlates of physical activity for leisure and transportation in Curitiba, Brazil. *Prev Med* [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 10]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Diana_Parra2/publication/49718807
23. Enes CC, Slater B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2010 [cited 2016 Mar 10];13(1):163-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n1/15.pdf>
24. Barbieri AF, Mello RA. As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista. *Rev Facul Ed Física Unicamp* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 30];10(1):133-53. Available from: <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/>
25. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010. 3rd ed. Itapevi: AC Farmacêutica; 2009.

Submissão: 31/05/2016

Aceito: 10/11/2016

Publicado: 15/12/2016

Correspondência

Dandara Caroline de Andrade Amorim
Rua Gaspar de Lemos, 123
Bairro Liberdade
CEP 40325610 –Salvador (BA), Brasil