

## SUCESSOS E INSUCESSOS NO TRATAMENTO PARA OBESIDADE: PERCEPÇÃO DOS ATORES

Guilbert Barcelo de Oliveira<sup>1</sup>, Daniel Augusto da Silva<sup>2</sup>

*guils494@gmail.com<sup>1</sup>, daniel.augusto@unifesp.br<sup>2</sup>*

**RESUMO:** A obesidade é uma epidemia que cresce de forma a preocupar, e afeta diferentes raças, sexos e idades. Esta pesquisa buscou averiguar a percepção sobre os sucessos e insucessos no tratamento para a obesidade, com vistas a relatar as formas de tratamento vivenciadas, descrevendo as experiências e os sucessos e insucessos. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa. Os dados coletados foram analisados utilizando análise de conteúdo. Dos 37 (60,66%) funcionários participantes desta pesquisa, de um total de 61 (100%) possíveis participantes, apenas 14 (37,84%) funcionários estavam dentro da faixa da normalidade, enquanto que 23 (62,16%) apresentaram IMC acima do indicado, traduzindo um quadro de obesidade nesta instituição. Quase metade dos entrevistados afirmaram possuir experiência de tratamento em algum momento da vida, todavia, a dificuldade de manutenção do peso foi fortemente evidenciada. Os sucessos e insucessos relacionados ao tratamento foram creditados exclusivamente a perda e a falta da perda de peso. A maior dificuldade para o sucesso no tratamento foi relacionada a baixa adesão ao tratamento, onde observa-se inexistência de um único fator que justifique esse comportamento, mas uma multiplicidade de fatores que são de origem do próprio indivíduo, do tratamento proposto, da doença em si, do sistema de saúde disponível, dos profissionais de saúde e as relações interpessoais e do ambiente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estado Nutricional, Obesidade, Resultado do Tratamento, Saúde do Trabalhador.

**ABSTRACT:** Obesity is an epidemic that grows in a way that worries, and affects different races, genders and ages. This research expected to demonstrate the perception in relation to the achievements and failures in the treatment for obesity. It also intended to report the treatment's protocols practiced, describing the experiences and achievements and failures. This is an exploratory, descriptive, qualitative approach. The collected information was analyzed in content analysis. Among the 37 (60.66%) employees that were part in this study, only 14 (37.84%) were considered inside the normal range, considering the total number of possible participants 61 (100%). 23 people (62.16%) presented BMI above the indicated, what explains the situation of obesity in this institution. Almost half of those interviewed declared they had the experience of the treatment at some point in their lives; however, the difficult of weight maintenance was considerably evidenced. The greatest difficulty for the success in the treatment was related to the low adhesion to it. There isn't a single aspect that justifies this behavior, however there are a multiplicity of aspects associated to the person's own origin, to the offered treatment, to the disease itself, to the health system available, to the health professional and also to the interpersonal and environmental relations.

**KEYWORDS:** Nutritional Status, Obesity, Treatment Outcome, Occupational Health.

### INTRODUÇÃO

Por obesidade, entende-se a ocorrência de um agravamento, causado por muitos fatores, mas que na maioria dos casos, é consequência da falta de balanço energético, onde o indivíduo consome mais energia do que gasta (World Health Organization, 1995).

O diagnóstico para obesidade é na maioria das vezes dado através do cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC), e essa tem sido a recomendação para avaliação de peso excessivo na população, devido a facilidade de mensuração, o baixo custo, e pelo caráter de procedimento

não invasivo. Após a obtenção do resultado, através do cálculo do IMC (peso / altura x altura), uma tabela norteará o profissional para classificação da população, conforme os dados descritos na Tabela 1 (Linhares et al., 2012; Brasil, 2014).

**Tabela 1** – Classificação de Índice de Massa Corpórea.

IMC	CLASSIFICAÇÕES
< 18,5	Baixo peso
18,5 – 24,9	Peso Normal
25,0 – 29,0	Sobrepeso
30,0 – 34,9	Obesidade grau I
35,0 – 39,9	Obesidade grau II
	Obesidade grau III
> 40	Extremamente obeso

Fonte: Brasil, 2014.

No diagnóstico da obesidade centralizada, obesidade abdominal visceral, usa-se o diagnóstico de medidas circunferenciais da cintura e do quadril, que é capaz de mostrar melhor os distúrbios metabólicos, capazes de causar risco cardiovascular e alteração na homeostase da glicose-insulina (Martins & Marinho, 2003).

A característica multifatorial da obesidade precisa ser compreendida, e como fatores causadores da obesidade pode-se citar: a alimentação incorreta e sedentarismo, fatores genéticos, nível socioeconômico, fatores psicológicos, fatores demográficos, nível de escolaridade, desmame precoce, pais obesos, estresse, fumo/álcool. Sendo que os principais fatores são a má alimentação e sedentarismo. Se uma pessoa tem um estilo de vida pouco ativo e uma alimentação rica em lipídio e açúcares esta pessoa tem mais chance de se tornar obeso (Barbieri & Mello, 2012, Wanderley & Ferreira, 2010, Souza, 2008).

Um importante indicador universal da condição da saúde e estilo de vida da população é o estado nutricional que o indivíduo se encontra, se usado de métodos padronizados será possível avaliar qualidade e quantidade do estado nutricional de uma pessoa, podendo assim formular propostas de intervir em seu desenvolvimento (Roman, Ribeiro, Guerra-Junior, & Barros-Filho. 2015).

Esta patologia se trata de uma epidemia, pois cresce de forma a se preocupar, afetando diferentes raças, sexos e idades. O desenvolvimento nutricional do Brasil e do Mundo tem seguido de um aumento de hábitos alimentares extremamente descontrolados, com excesso de gordura e açúcares e diminuindo alimentos com boa nutrição, acarretando em um aumento da obesidade por conta desta tecnologia (Francischi et al., 2000).

O risco à saúde é presente, quando em estado de obesidade, pois o indivíduo com acúmulo de gordura pode desenvolver complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicérides sanguíneos e resistência à insulina (World Health Organization, 2000).

No tratamento da obesidade existem métodos clássicos como dietas alimentares e exercícios físicos, estes vêm sendo mais bem estudado ao mesmo tempo em que novas estratégias como a cirurgia bariátrica tem apresentado mais eficácia a longo prazo e riscos menores em relação aos procedimentos (Brasil, 2014).

Outros meios para tratar a obesidade como psicoterapias, medicamentos não aderem a maioria dos obesos mórbidos, ou acabam não obtendo sucesso quando se submetem ao tratamento, assim acarretam outros problemas como a frustração, o estresse e a depressão, estes influenciam ainda na piora da alimentação inadequada agravando a morbidade. A falta de adesão ao tratamento da obesidade, principalmente em casos mórbidos deram surgimento a cirurgia bariátrica (Brasil, 2014).

Para que o paciente se torne mais adepto aos tratamentos é importante que haja mais intervenções de aconselhamento nutricional, fazendo com que este seja capaz de se controlar e superar barreiras, evitando assim recaídas durante o processo, sendo capaz de melhores escolhas e adquirir então habilidade para sucesso no tratamento (Martins & Marinho, 2003).

Contudo, em uma visão histórica, a evolução industrial age em forma de domesticação sobre o trabalhador, colocando-o em posição incapaz de tomar decisões ou de sua autonomia em relação aos prazos e tempos de serviços prestados, dificultando a adesão de tratamento a obesidade nas organizações de trabalho (Schenckman, 2013).

Jornadas excessivas de trabalho, falta de reconhecimento profissional, número de recurso insuficiente são causas indiretas da obesidade na qualidade de vida no trabalho. Trabalhadores que passam por situações como estas tem sofrimento psíquico, que os levam a se alimentar mal, como um alimento de consolo, fazendo com que este atinja a obesidade, por consequência mais sofrimento psíquico e outros agravos a saúde (Haddad & Acupuntura, 2011).

Esta pesquisa buscou averiguar a percepção dos obesos, funcionários de uma instituição educacional no interior paulista, sobre os sucessos e insucessos no tratamento para a obesidade, com vistas a relatar as formas de tratamento vivenciadas, descrevendo as experiências e os sucessos e insucessos, bem como identificar desejo e expressão de necessidades para realização de novo tratamento para obesidade.

Parte-se do princípio de que a obesidade precisa ser encarada como patologia e que esta tem a sua incidência aumentada gradativamente na população mundial. Ainda se considera a importância de estudar o tema, devido as consequências patológicas que o indivíduo obeso está exposto a adquirir.

As perguntas norteadoras para esta pesquisa foram: Quais as experiências vivenciadas por indivíduos em estado de obesidade, relacionadas ao tratamento para a obesidade? Quais as percepções desses indivíduos sobre os sucessos e insucessos destes tratamentos?

## **1. METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, para avaliar o estado nutricional de funcionários de uma instituição educacional do interior paulista, com foco a identificar a obesidade e as experiências vivenciadas relacionadas ao tratamento para esta patologia.

Foram convidados a participar desta pesquisa todos os funcionários de uma instituição educacional do interior paulista e foram excluídos os quais estavam de férias, licença de saúde ou maternidade e os que se recusaram a participar da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em ambiente privado, de forma a proporcionar ambiente acolhedor aos entrevistados.

Em primeiro momento, para a identificação dos funcionários que se encontravam em estado de obesidade, ao aceitar participar da pesquisa, os funcionários foram submetidos a avaliação de estado nutricional, através de cálculo de IMC.

Após a identificação dos funcionários em estado de obesidade, os mesmos foram convidados a responder um questionário semiestruturado, elaborado pelos autores, contendo dados pessoais, questões sobre as experiências relacionadas ao tratamento para a obesidade, os relatos de eficácia ou não das mesmas, o desejo de realizar tratamento para a obesidade e percepção sobre a construção dessa nova proposta de tratamento.

Os dados coletados foram analisados utilizando análise de estatística simples e análise de conteúdo, modalidade Temático Categorial, proposta por Bardin (2009).

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista sob Parecer nº 1.500.840 de 14 de abril de 2016. Os participantes foram

contatados e orientados sobre a pesquisa e, após concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo a resolução 466/12.

## 2. RESULTADOS

Dos 37 (60,66%) funcionários participantes desta pesquisa, de um total de 61 (100%) possíveis participantes, 21 (56,76%) eram mulheres e 16 (43,24%) eram homens.

A caracterização dos funcionários quanto ao estado nutricional, medido pelo IMC está descrito abaixo (Tabela 2).

**Tabela 2** – Caracterização do estado nutricional dos funcionários entrevistados. (n=37). Assis, 2020.

IMC	Fi	%
< 18,5 = Baixo Peso	0	0,0%
18,5 – 24,9 = Peso Normal	14	37,8%
25,0 – 29,9 = Sobrepeso	13	35,1%
30,0 – 34,9 = Obesidade grau I	6	16,2%
35,0 – 39,9 = Obesidade grau II	3	8,1%
≥ 40,0 = Obesidade grau III	1	2,7%

Podemos assim observar que apenas 14 (37,84%) funcionários estão dentro da faixa da normalidade, enquanto que 23 (62,16%) estão com IMC acima do indicado.

Conforme explicitado na metodologia sobre o método para análise dos dados, os resultados foram agrupados em duas categorias por unidades temáticas, que serão abordadas deste ponto em diante.

### 2.1. AS EXPERIÊNCIAS VIVIDAS NO TRATAMENTO PARA OBESIDADE

Dos 23 (100%) funcionários que apresentaram IMC acima do indicado, 11 (47,83%) afirmaram possuir experiência relacionada ao tratamento para a obesidade, e 12 (52,17%) negaram esta vivência.

As formas de tratamento foram reeducação alimentar, medicação, atividade física, acompanhamento com nutricionista, gastroplastia, acompanhamento com médico endocrinologista e participação em grupo de vigilantes do peso, e para esta pergunta, aceitou-se múltiplas respostas pelos entrevistados.

Importante notar que a reeducação alimentar fez parte da estratégia de tratamento de mais da metade (54,55%) dos funcionários que possuíam experiência anterior, seguido de uso de medicação (36,36%) e realização de atividade física (27,27%).

Ainda, 7 (63,34%) entrevistados afirmaram vivenciar experiências positivas na época do tratamento, enquanto que 4 (36,36%) afirmaram vivenciar experiências negativas.

## 2.2. PERCEPÇÕES SOBRE AS RAZÕES PARA OS SUCESSOS EM EXPERIÊNCIAS ANTERIORES DE TRATAMENTO PARA A OBESIDADE

A percepção do sucesso em experiências anteriores de tratamento para a obesidade foi fundamentada pelos relatos de atingir o objetivo principal, que era a perda de peso, contudo, algumas falas já trouxeram uma crítica relacionada ao sucesso somente na época do tratamento, com dificuldade na manutenção do peso após término do mesmo.

*E13 “Sim, perdi 4 quilos no tratamento”.*

*E16 “Sim, perdi 12 quilos quando fiz o tratamento, então tive sucesso sim”.*

*E30 “Na época sim, mas agora ...”.*

## 2.3. PERCEPÇÕES SOBRE AS RAZÕES PARA OS INSUCESSOS EM EXPERIÊNCIAS ANTERIORES DE TRATAMENTO PARA A OBESIDADE

Da mesma forma que a percepção do sucesso foi fundamentada pelos relatos de perda de peso, a percepção dos funcionários pelo insucesso no tratamento se relacionou a falta dessa situação. Também houveram relatos isolados sobre falta de comprometimento na época do tratamento, falhas no acompanhamento profissional e desistência do tratamento devido efeitos colaterais das medicações.

*E22 “Não, eu não fiz o tratamento como deveria, foi desleixo da minha parte, mas também faltou acompanhamento profissional”.*

*E29 “Não, a medicação me causava insônia, e o médico não tentou outras possibilidades, era só tratamento com medicação, por isso parei o tratamento”.*

## 2.4. DESEJO E DISPOSIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE NOVO TRATAMENTO PARA OBESIDADE

Dos 23 (100%) funcionários que apresentaram IMC acima do indicado, 14 (60,87%) relataram desejo de realizar novo tratamento para a obesidade, enquanto que 9 (39,13%) negaram este desejo.

## 2.5. JUSTIFICATIVAS PARA O DESEJO DE INICIAR UM NOVO TRATAMENTO PARA OBESIDADE

As justificativas dos entrevistados que relataram desejo de iniciar um novo tratamento para obesidade se basearam na necessidade devido o conhecimento sobre a condição de estado de obesidade, falta de disposição para realização das atividades diárias e reconhecimento da importância do tratamento da obesidade por ser fator de risco de desenvolvimento de outras patologias.

Os relatos estão descritos nas falas dos entrevistados:

*E21 “Preciso! A obesidade não tem me feito bem”.*

*E28 “Para ficar mais disposta. Não tenho vontade de fazer nada.”.*

O novo tratamento para obesidade poderia ser realizado imediatamente, segundo desejo de 5 (35,71%) dos entrevistados que desejam realizar esse tratamento, 3 (21,43%) desejam iniciar em breve, 3 (21,43%) afirmaram que estão em processo de tratamento e outros 3 (21,43%) não determinaram prazo para início do tratamento.

## 2.6. PENSAMENTOS POSITIVOS SOBRE O SUCESSO DE UM NOVO TRATAMENTO PARA OBESIDADE

Acreditar que um novo tratamento para obesidade trará resultados satisfatórios foi justificado pelos entrevistados, em grande parte, pela importância de acompanhamento profissional, o que garantiria maior controle e incentivo no início e continuidade do tratamento, além de realização de tratamento em grupos, que traria o mesmo benefício de apoio psicológico. As experiências pessoais anteriores, com perda de peso, também foram relatadas como certeza que haveria perda de peso novamente.

*E16 “Sozinho é difícil, mas quando faz em grupo, e com acompanhamento, é mais fácil”.*

*E20 “Acredito que vai dar certo sim, por ter pessoas dando orientações, e esse fato influencia muito”.*

*E30 “Eu me animo quando tem acompanhamento”.*

## 2.7. APONTAMENTOS DAS NECESSIDADES PARA INÍCIO DE NOVO TRATAMENTO PARA OBESIDADE

Para início do tratamento, as necessidades dos entrevistados, em sua maioria, se resumem em tempo e vontade. Outros relatos isolados citaram a ausência de necessidades, e até as alterações em exames, o que seria um incentivo importante ao entrevistado.

*E3 “Alterações em exames. Se tivesse algum exame alterado eu seria forçado a iniciar logo esse tratamento”.*

*E15 “Me falta tempo! Não tenho tempo para me dedicar”.*

*E32 “Vontade para começar”.*

### **3. DISCUSSÃO**

É evidente que o perfil nutricional dos funcionários traduz um quadro de obesidade nesta instituição. O perfil nutricional apresentado (tabela x), evidencia um quadro de obesidade entre os funcionários da instituição, quando 62,16% dos entrevistados estão com apresentaram IMC acima do indicado recomendado, sendo classificados em estado de sobrepeso (35,14%), obesidade grau I (16,22%), obesidade grau II (8,11%) e obesidade grau III (2,70%).

Dados estes que vão de encontro com a literatura, onde cerca de metade da população brasileira maior de 20 anos apresenta excesso de peso, e cerca de 15% dos adultos apresentam obesidade. É uma epidemia que apresenta aumento veloz nas últimas décadas (Brasil, 2014).

A obesidade é presente até mesmo em campos pequenos de pesquisa, conforme análise dos resultados obtidos, e esta situação dentro deste ambiente, vai de encontro com a informação trazida pela literatura, abordando o crescimento da prevalência da obesidade nas últimas décadas, implicando no fato de que a obesidade se tornou um problema grave de saúde pública, e exalta a necessidade de intervenções que objetivem resolver ou minimizar essa questão (Ferreira & Benicio, 2015).

A obesidade é um dos fatores de maior risco para doenças e agravos não transmissíveis, que são as principais causas de óbitos em adultos no Brasil. Políticas importantes para prevenção e controle das doenças não transmissíveis têm sido implementadas, contudo, a epidemia da obesidade, por ser um fator de risco, tem sido uma ameaça para o decréscimo dessas doenças (Brasil, 2014, Schmidt et al., 2011).

No intuito de reverter essa situação de obesidade, quase metade dos entrevistados afirmaram possuir experiência de tratamento em algum momento da vida, sendo que a reeducação alimentar fez parte da estratégia de tratamento de mais da metade dos mesmos,

seguido de uso de medicação e realização de atividade física, todavia, destes, a dificuldade de manutenção do peso com o término do tratamento foi fortemente evidenciada.

O comportamento de educação alimentar permite emagrecer ou mesmo manter o peso comendo ingerindo alimentos variados, desde que respeitado os limites. Este é um método saudável e seguro e ainda consegue ser voltado ao lado lúdico e livre (Bueno, Leal, Saquy, Santos, & Ribeiro, 2011). Quando em situação de compulsão alimentar, reaprender hábitos alimentares seria uma importante ferramenta, e assim foi relatado pelos entrevistados desta pesquisa. Fonte?

A adesão aos programas terapêuticos é determinante para a obtenção do sucesso no tratamento e manutenção do resultado deste ao longo da vida, e, geralmente, é devido à baixa adesão a esses programas, a ocorrência de altas taxas de insucesso do controle do peso (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2009).

Não são claros os motivos para a baixa adesão ao tratamento da obesidade, contudo, é claro que os motivos são vários, e ainda é importante frisar que o indivíduo não é o único responsável por esta adesão (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2009, Reiners, Azevedo, Vieira, & Arruda, 2008).

A adesão ao tratamento está intimamente relacionada a forma como as pessoas interpretam e compreendem seus problemas de saúde, pois esta individualidade determinará formas de reação, que poderá ser dada pelo sofrimento frente a seu estado, ou usar desse estado como elemento motivador para transformação de vida (Palmeira, Garrido, & Resumo, 2016).

Entre os fatores relacionados a falta, ou baixa, adesão ao tratamento da obesidade, existem fatores relacionados ao indivíduo, ao próprio tratamento, à doença, ao sistema de saúde, ao profissional de saúde, ao ambiente, entre outros (Duarte & Queiroz, 2014).

Quanto ao paciente estão a ausência de sintomas, dificuldade de se adaptar às exigências do tratamento, não percepção da eficácia do tratamento e prescrição mal entendida; quanto ao tratamento estão os custos de resposta alto para o paciente e a não visualização dos resultados no curto prazo; quanto à doença estão a percepção do indivíduo sobre a vulnerabilidade e severidade da doença; quando ao sistema de saúde estão o acesso aos recursos humanos e materiais, entre outros (Reiners et al., 2008, Duarte & Queiroz, 2014).

A probabilidade de adesão ao tratamento é inversamente proporcional a complexidade e tempo do tratamento proposto (Duarte & Queiroz, 2014).

Observa-se que a adesão ao tratamento é elemento importante para sucesso nos objetivos do tratamento para obesidade, que foi relacionado com a perda de peso, fato relatado pelos participantes desta pesquisa, entretanto, a manutenção deste peso adquirido com o tratamento não ocorreu, o que não garantiu a totalidade do sucesso no tratamento em questão.

A busca por resultados rápidos, e que sejam visíveis e palpáveis, acompanham a tendência à superficialidade vivida no mundo atual, onde existe disposição para a velocidade dos acontecimentos, porém, por outro lado, a falta de qualidade e manutenção das experiências são reais.

No que se refere ao insucesso no tratamento para obesidade, a falha em atingir o objetivo principal, a perda de peso, foi relatada como justificativa para classificação do tratamento como insucesso. Os fatores para esse insucesso foram de encontro com o descrito na literatura, com afirmações de fatores do indivíduo, como a baixa adesão, fatores do tratamento, como os efeitos colaterais da medicação utilizada, e fatores relacionados aos profissionais da saúde, com acompanhamento de maneira insatisfatória por parte do entrevistado.

Neste cenário de sucessos e insucessos, o desejo de realizar novo tratamento para obesidade foi relatado em 60,87% dos indivíduos que apresentaram IMC acima do indicado.

Para que haja sucesso no tratamento para a obesidade, o primeiro passo necessário ao indivíduo é o reconhecimento do problema vivenciado, da possibilidade de tratamento, da importância desse tratamento, e a partir desse ponto, estabelecer as formas de tratamento e metas a serem atingidas. É imprescindível considerar as individualidades, os desejos e as histórias de vida de cada um, sabendo-se que estes são fatores que determinarão a intensidade da adesão ao tratamento para a obesidade (Brasil, 2014).

O conhecimento da condição de estado de obesidade foi fato marcante para decisão em realizar novo tratamento por parte dos indivíduos entrevistados, o que permite afirmar que houve o reconhecimento do problema vivido, e da necessidade de intervenção para resolução.

Além disso, os relatos dos entrevistados enfatizaram as consequências as quais indivíduos obesos estão expostos, como o reconhecimento da obesidade como fator de risco para outras patologias, fato que se tornou elemento decisivo para opção por um novo tratamento.

A percepção dos sintomas físicos por consequência da obesidade também foi referida nesta pesquisa, onde a falta de disposição para realizar atividades diárias esteve presente, e foi creditada ao estado de obesidade.

A importância que o sujeito dá ao seu problema, aliada a sua capacidade de mudar, é chave para a prontidão para mudança (DiClemente, Schlundt, & Gemmell, 2004).

O estado de reconhecimento do problema, disposição para superá-lo, mas sem apresentação de um comprometimento decisivo para tal, transfigura que os indivíduos estão em estágio de contemplação, pois são conhecedores dos benefícios adquiridos através da mudança de comportamento para perda de peso, porém, barreiras de diversas ordens os impedem à tomada de decisão (Toral & Slater, 2007).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nesta pesquisa, observou-se que os sucessos e insucessos relacionados ao tratamento para obesidade foram creditados exclusivamente a perda de peso e a falta da perda deste, respectivamente, sem menções relacionadas aos benefícios adquiridos com a perda de peso, ou aos malefícios físicos ou psicológicos da obesidade ou da tentativa frustrada.

A maior dificuldade para o sucesso no tratamento para obesidade foi relacionada a baixa adesão ao tratamento, questão que é discutida frequentemente na literatura, onde observa-se a inexistência de um único fator que justifique esse comportamento, mas uma multiplicidade de fatores que são de origem do próprio indivíduo, do tratamento proposto, da doença em si, do sistema de saúde disponível, dos profissionais de saúde e as relações interpessoais e do ambiente.

A conscientização e reconhecimento da patologia e das consequências impostas por ela, são elementos necessários e de grande influência no processo decisório do indivíduo em aderir ao tratamento, e, enquanto esse fato não ocorrer, a situação de superficialidade ao encarar a obesidade é real, e resulta na continuidade de vida em estado de obesidade e comorbidades associadas, além do contínuo processo de ascensão na população, que convive com doenças crônicas não transmissíveis como causa principal de óbitos.

### **REFERÊNCIAS**

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). (2009). Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010: 3ª Edição.

Barbieri, A. F., & Mello, R. A. (2012). As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica. *Conexões*, 10(1).

- Bardin, L. (2009). Análise de conteúdo (Edição revista e actualizada). Lisboa: Edições, 70.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde, & Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. (2013). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). (2014). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Ministério da Saúde.
- Bueno, J. M., Leal, F. S., Saquy, L. P. L., Santos, C. B. D., & Ribeiro, R. P. P. (2011). Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. *Rev. nutr*, 24(4), 575-584
- Corso, A. C. T., Caldeira, G. V., Fiates, G. M. R., Schmitz, B. D. A. S., Ricardo, G. D., & Vasconcelos, F. D. A. G. D. (2012). Fatores comportamentais associados ao sobrepeso e à obesidade em escolares do Estado de Santa Catarina. *Rev Bras Estud Popul*, 29(1), 117-31.
- Costa, R. D. (2014). A associação da obesidade na fisiopatologia do câncer mamário.
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*, 13(2), 103-119.
- Duarte, A. N., Queiroz, E. (2014). Contributions of the biopsychosocial model to adherence to treatment in obesity. *Com. Ciências Saúde*, 25, 263-74.
- Ferreira, R. A. B., & Benicio, M. H. D. A. (2015). Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico.
- Ferreira, V. A., & Wanderley, E. N. (2010). Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(1), 185-94.
- Francischi, R. P. P. D., Pereira, L. O., Freitas, C. S., Klopfer, M., Santos, R. C., Vieira, P., & Lancha Junior, A. H. (2000). Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev. Nutr*, 13(1), 17-28.
- Linhares, R. D. S., Horta, B. L., Gigante, D. P., Dias-da-Costa, J. S., & Olinto, M. T. A. (2012). Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. *Cad. saúde pública*, 28(3), 438-447.
- Lourenço Haddad, M., & Acupuntura, S. M. S. (2011). apetite de trabalhadores obesos de um hospital universitário. *Acta Paul Enferm [Internet]*, 24(5), 676-82.
- Mancini, M. C., & Halpern, A. (2002). Tratamento farmacológico da obesidade. *Arq. bras. endocrinol. metab*, 46(5), 497-513.
- Martins, I. S., & Marinho, S. P. (2003). O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 760-767.
- Palmeira, C. S., Garrido, L. M. M., Resumo, P. S. (2016). Fatores intervenientes na adesão ao tratamento da obesidade. *Ciencia y enfermeria*, 22(1), 11-22.
- Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. D. S., Vieira, M. A., & Arruda, A. L. G. D. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc saúde coletiva*, 13(Supl 2), 2299-306.
- Roman, E. P., Ribeiro, R. R., Guerra-Junior, G., & de Azevedo Barros-Filho, A. (2015). Comparação do estado nutricional de meninas de acordo com diferentes referências para índice de massa corporal. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, 15(1).
- Schencman, P. (2013). O gerente está doente. Uma perspectiva 613 sociológica sobre os vínculos existentes entre obesidade e trabalho. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(2).

Schmidt, M. I., Duncan, B. B., Silva, G. A., Menezes, A. M., Monteiro, C. A., Barreto, S. M., et al. (2011). Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*, 377, 1949-61.

Souza, C. D. O. (2013). Influência da inatividade física na ocorrência do sobrepeso e da obesidade em estudantes do ensino fundamental das escolas públicas da cidade do Salvador-Ba.

Toral, N., & Slater, B. (2007). Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), 1641-1650.

World Health Organization. (1995). Physical status: The use of and interpretation of anthropometry, Report of a WHO Expert Committee.

World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic* (No. 894). World Health Organization.