

U. PORTO



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

**Preditores psicológicos e comportamentais do abandono e sucesso dos
programas de perda de peso no tratamento da obesidade**

Psychological and behavioral predictors of attrition and success in weight loss
interventions in treatment of obesity

Ana Rita Barros Rebelo Moura

Orientador por: Prof. Doutor Duarte Torres

Coorientador por: Dr.^a Maria Ana Carvalho

MONOGRAFIA

1º Ciclo em Ciências da Nutrição

FCNAUP

Porto, 2012

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Duarte Torres, meu orientador académico, pela competência científica, pela partilha de conhecimentos, pela disponibilidade, pelo incentivo, pelos comentários profícuos, pela ajuda e confiança que sempre me concebeu.

À Doutora Maria Ana, minha orientadora de estágio na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, pela inspiração, pelos conselhos, entusiasmo e simpatia com que me brindou.

À Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto e aos professores que a integram, pelos ensinamentos, atitudes e valores que me inculcaram durante o meu percurso universitário.

Aos meus pais, por todo o amor, força e apoio incondicionais em cada momento.

Aos amigos, pela cooperação, amizade e estímulo de entreaajuda, principalmente aqueles que me acompanharam de forma mais próxima nesta importante fase da minha vida.

A todas as pessoas, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, reitero o meu apreço e a minha eterna gratidão.

Resumo

Atualmente, a obesidade é um dos problemas de Saúde Pública com maior prevalência no Mundo desenvolvido. Sabe-se que a obesidade resulta de um balanço energético positivo, fortemente relacionado com os maus hábitos alimentares e baixa atividade física. As comorbidades e os custos que lhe são inerentes são cada vez mais preocupantes. Reconhece-se que o sucesso do tratamento da obesidade depende marcadamente da assiduidade e conclusão dos programas terapêuticos. Neste sentido, os altos índices de abandono que se têm observado são um problema primordial em programas de perda de peso.

Neste trabalho revêem-se os potenciais preditores psicológicos e comportamentais, entre outros, do abandono e sucesso dos programas de perda de peso. O aprofundamento do estudo destes preditores permitirá adequar o tratamento às necessidades dos pacientes, reconhecer aqueles que estão em risco de abandono, melhorar a relação custo-eficácia do tratamento e sugerir terapias complementares e alternativas para o maior sucesso do programa. Apesar de, até à data, um conjunto consistente de preditores de abandono não ter sido identificado e as evidências nesta área serem de prática limitada, pode concluir-se que elevadas expectativas relativamente aos resultados e baixa autoeficácia são as variáveis psicológicas com maior valor preditivo e que o maior número de tentativas anteriores e fracassadas de perda de peso e a baixa atividade física são as variáveis comportamentais mais preditivas de abandono de programas de perda de peso.

É necessário dar continuidade a esta pesquisa para se estabelecer com maior rigor uma relação de causa-efeito entre estas variáveis.

Palavras-chave: preditores de abandono, sucesso, obesidade, tratamento

Abstract

Currently, obesity is a major public health problem in developed World. It is known that obesity has a multifactorial etiology and results of a positive energy balance strongly related to poor eating habits and physical inactivity. The comorbidities and costs of obesity are increasingly alarming.

The success of treating obesity is highly dependent on the attendance and completion of weight loss intervention. In this sense, the observed high dropout rates are a primordial problem in weight loss program.

The aim of this study is to review the potential psychological and behavioral predictors, among others, of dropout in weight loss programs. The identification of predictors of dropout in weight loss programs is essential in order to tailor treatment to patients' needs, recognize of those individuals at risk of dropout, contribute to the cost-effectiveness of treatment and offering complementary therapies for a more successful weight loss.

Although to date, a consistent set of predictors is not identified and with limited practical application, it can be concluded that the high expectancies of weight loss and low self-efficacy are psychological variables with predictive value and more number of previous weight loss attempts and little exercise are more predictive of behavioral variables of attrition from weight loss programmes.

Continue this research is necessary to establish more accurately a cause-effect relationship between these variables.

Keywords: predictors of attrition, success, obesity, treatment

ÍNDICE

Agradecimentos	i
Resumo e Palavras-chave em Português	ii
Resumo e Palavras-chave em Inglês	iii
Introdução.....	1
Desenvolvimento do tema	5
Importância do estudo dos preditores	5
Preditores psicológicos.....	6
Preditores comportamentais.....	10
Outros preditores.....	12
Conclusões.....	14
Referências Bibliográficas	16

Introdução

Segundo a OMS, a obesidade é uma pandemia global que é definida como uma acumulação excessiva de massa gorda que representa um risco para a saúde do indivíduo.⁽¹⁾ A obesidade reflete um balanço energético crónico positivo como resultado da energia ingerida exceder a energia despendida. Regra geral, este desequilíbrio resulta de hábitos alimentares inadequados associados a uma vida sedentária.⁽²⁻⁴⁾ A obesidade é considerada dos desafios mais sérios da Saúde Pública do século XXI, incluindo na Europa onde, segundo a OMS, a prevalência triplicou nas últimas duas décadas.⁽³⁾ Um estudo realizado em Portugal, entre 2003 e 2005, indica que 39,4% da população inquirida tinha excesso de peso e 14,2% era obesa, estimando que mais de metade da população adulta com idades entre os 18 e 64 anos sofre de excesso de peso e obesidade.⁽⁵⁾ Em 2008, estimou-se que, no Mundo, mais do que 1,4 biliões de adultos com idade igual ou superior a 20 anos apresentavam excesso de peso; destes, mais de 200 milhões de homens e cerca de 300 milhões de mulheres eram obesos. Ao aumento da prevalência do excesso de peso e obesidade associa-se ainda o crescimento da prevalência de outras doenças crónicas: 44% dos casos de diabetes, 23% dos casos de doença isquémica do coração e entre 7 a 41% dos casos de cancro.⁽¹⁾ Esta associação faz com que a esperança de vida dos obesos seja significativamente menor em relação a indivíduos saudáveis.⁽⁶⁾ Destaca-se que o excesso de peso e obesidade são considerados o 5º maior fator de risco de morte no Mundo, contribuindo para pelo menos 2,8 milhões de mortes por ano.⁽¹⁾ A obesidade também afeta o desenvolvimento económico e social devido ao crescente aumento dos custos com os cuidados de saúde desta patologia.

Segundo a OMS, na Região Europeia, a obesidade em adultos é já responsável por mais de 6% do total de custos com a saúde.⁽³⁾ No indivíduo obeso, o risco de aparecimento de doenças e de mortalidade parece diminuir com a perda de peso. Por este motivo, esse objetivo é muitas vezes procurado pelos profissionais de saúde.⁽²⁾ Essa perda pode trazer melhorias significativas ao perfil metabólico e prevenir as comorbilidades associadas bem como diminuir o risco de complicações no futuro.⁽⁷⁻⁹⁾

O tratamento da obesidade é complexo e multidisciplinar e o seu sucesso é atingido quando se verifica uma diminuição de peso entre os 5 e os 10% em 6 meses,^(8, 10) da qual resultam benefícios sobre as doenças associadas.⁽¹¹⁾ A combinação da **terapia dietética** (com modificações na dieta que envolvam redução energética moderada), prática de **exercício físico** (para aumentar o dispêndio energético, a perda de gordura corporal e auxiliar a manutenção do peso a longo prazo) e **terapia cognitivo-comportamental** (baseada na análise e modificação de comportamentos disfuncionais associados ao estilo de vida do paciente com estratégias específicas que incluem auto-monitorização, controlo de estímulos, resolução de problemas, reestruturação cognitiva e suporte social) impõe-se como uma abordagem essencial para a perda de peso.^(12, 13) A farmacoterapia pode ser útil no tratamento a longo prazo^(11, 12) no caso de o IMC ser igual ou superior a 30 kg/m² ou IMC igual ou superior a 27 kg/m² se associado a comorbilidades⁽⁴⁾ e a cirurgia é uma opção no tratamento da obesidade mórbida (IMC superior a 40 kg/m²) ou IMC igual ou superior a 35 kg/m² com comorbilidades⁽⁴⁾. Note-se que tanto a terapia farmacológica como a cirurgia devem ser analisadas como opções complementares às necessárias alterações do padrão alimentar, de exercício físico e outros comportamentos no estilo de vida

para manutenção do peso perdido a longo prazo. Além disso, o tratamento cirúrgico associa-se a um risco de mortalidade de 0,5% e é um tratamento dispendioso.⁽³⁾ Assim, no momento da escolha da melhor terapia a ser instituída, devem ser cautelosamente avaliados os riscos de saúde inerentes ao excesso de peso bem como aqueles que estão associados ao tratamento.

O doente obeso que procura tratamento tem geralmente um vasto historial de tentativas de perda de peso, muitas vezes fracassadas, que vão desde a dieta alimentar restritiva, à utilização de fármacos, chás e outros produtos, a conselhos alimentares alvitados pelas revistas cor-de-rosa ou a pareceres de amigos e/ou familiares. Não é, portanto, surpreendente que este paciente apresente baixa motivação e até, algum ceticismo face à nova terapêutica. A coexistência desta desmotivação e desconfiança aliada à necessidade de uma rápida perceção de resultados como recompensa pelos seus “sacrifícios”, leva com frequência ao abandono da terapêutica de perda de peso pouco tempo depois de a ter iniciado.⁽¹⁴⁾ Muitos obesos têm, ainda, uma perceção errada da quantidade de peso que podem perder o que poderá ter um impacto negativo na terapêutica nutricional, levando ao abandono do tratamento.⁽⁷⁾ Correia refere a importância da avaliação psicológica e adequação comportamental do doente no tratamento como fatores de prognóstico deste, nomeadamente, a pesquisa de eventuais barreiras no cumprimento da terapêutica nutricional e que condicionam a permanência dos pacientes na terapia.⁽¹⁵⁾ O abandono é das principais causas de fracasso no tratamento do paciente obeso⁽¹⁶⁾ e taxas de abandono entre 10 e 80% tem sido reportadas dependendo do desenho do estudo e do tipo de tratamento.^(17, 18) Sabe-se que a relação custo-eficácia do tratamento pode ser melhorada através da diminuição destas percentagens⁽¹⁹⁾ e que à conclusão do

tratamento está positivamente associada a perda de peso.⁽²⁰⁻²⁴⁾ Alguns estudos sugerem que indivíduos que abandonam o tratamento, muitas vezes saem antes de ter recebido o apoio de que necessitam para desenvolver capacidades e estratégias para a manutenção do peso perdido.^(25, 26) A literatura não define objetivamente um conjunto consistente de preditores de abandono das intervenções de perda de peso.^(18, 27) Contudo, são elencados vários fatores que podem conduzir ao insucesso dos tratamentos de perda de peso como consequência do abandono dos doentes.⁽²⁷⁻³⁰⁾

Este trabalho centra-se na revisão das variáveis psicológicas e comportamentais que poderão ter maior valor preditivo no abandono das intervenções de perda de peso condicionando o sucesso das mesmas. Considere-se como “*preditor*” um fator ou determinante de prognóstico de um evento definível capaz de causar uma alteração de situação de saúde ou outro resultado bem definido.⁽³¹⁾ Epidemiologicamente, o conceito de “*attrition*” é definido como redução do número de participantes durante o *follow-up*. Essas perdas podem dever-se a desistências (“*dropouts*”) por falta de vontade ou incapacidade para permanecer no tratamento e em qualquer dos casos as pessoas inscritas tornam-se inacessíveis e ilegíveis para *follow-up*.⁽³²⁾ Greenberg *et al.*, definiram “*attrition*” como desistência de um participante do programa em qualquer momento.⁽³³⁾ Nesta monografia define-se “*abandono*” como uma dimensão da não adesão intencional que reporta à perda durante o *follow-up* devido a uma alta autoaplicada, prévia à data preconizada como término do programa de perda de peso, pressagiando insucesso dos resultados. Esta definição tem por base a noção de “*attrition*” de Gill *et al.* (2012)⁽³⁴⁾ e as definições supramencionadas. Note-se que os conceitos de *attrition* e *dropout*, surgem na literatura da área claramente associados pressupondo uma

relação causal entre ambos. Associado a estas concepções surge o conceito de não adesão que pressupõe ausência de conformidade entre o comportamento de uma pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto e as recomendações dos profissionais de saúde.^(35, 36) Entenda-se como não adesão intencional, quando o utente decide conscientemente não seguir o regime terapêutico.⁽³⁷⁾

Desenvolvimento do tema

Importância do estudo dos preditores

Considerando o aumento incessante da obesidade no Mundo e as suas consequências para a saúde torna-se urgente aumentar a eficácia dos programas de tratamento desta patologia, capazes de levar a cabo uma perda de peso sustentável.⁽³⁴⁾ Segundo literatura recente, o abandono é uma questão importante no insucesso das intervenções de perda de peso ainda pouco estudada.⁽¹⁸⁾ Grave *et al.* relataram que 51,7% dos pacientes tinham abandonado o tratamento ao fim de 12 meses.⁽¹⁶⁾ Inelmen *et al.* mencionaram uma taxa de abandono ainda maior, no mesmo período, de 77,3%,⁽²⁷⁾ confirmando que o abandono é dos problemas mais importantes e prevalentes no tratamento da obesidade. Segundo Dansinger *et al.*, num estudo clínico randomizado, o número de participantes que não conclui tratamento dietético excede os 40% aos 12 meses, independentemente do tipo de programa.⁽³⁸⁾ Está bem estabelecido que são vários os programas que podem determinar perda de peso. Contudo, para um tratamento ser efetivo requer, primariamente, que o paciente o conclua.^(16, 21, 34) Segundo Teixeira *et al.* a avaliação das características dos participantes e do nível de prontidão com que entram no programa de perda de peso justifica-se com o intuito de otimizar a eficácia da intervenção para cada indivíduo ou grupos com perfis similares

através de uma melhor adequação dos tratamentos às condicionantes individuais dos pacientes: este é o objetivo do tratamento da obesidade a longo prazo, mas que raramente tem sido praticado.⁽³⁹⁾ Além disso, a identificação das variáveis que contribuem para o abandono dos tratamentos de perda de peso permitirá poupar os doentes do stress, sofrimento físico e mental associado ao fracasso sucessivo das tentativas de perda de peso, economizar recursos que são limitados, direcionar a terapêutica para indivíduos com maiores e melhores probabilidades de sucesso e dirigir os pacientes mais propensos ao abandono a tratamentos alternativos e/ou complementares que lhes permitirão tirar mais proveito da terapêutica.^(18, 39) Davis e Addis reviram 13 estudos sobre diminuição do número de participantes em programas comportamentais de perda de peso, verificando que as variáveis psicológicas e comportamentais foram as segundas e terceiras mais amplamente identificadas, respetivamente, logo a seguir às variáveis demográficas, conjeturando a importância da sua influência nesta temática.⁽⁴⁰⁾

Preditores psicológicos

A existência de um transtorno psicológico no início do tratamento é um fator de prognóstico não só para o abandono do tratamento como para o agravamento da desordem psicológica durante e após a perda de peso.⁽⁴¹⁾ Expectativas excessivamente otimistas são comuns no tratamento da obesidade,⁽⁴²⁾ contudo expectativas mais modestas e realistas parecem predizer melhores resultados de perda de peso,⁽⁴³⁾ especialmente, se acompanhadas de autoconfiança.⁽⁴⁴⁾ Vários estudos reportam que em pacientes com expectativas de perda de peso elevadas^(16, 19, 28) e irrealistas^(29, 45) é maior a probabilidade de abandono do tratamento. Num estudo conduzido por Grave *et al.*, em pacientes obesos, a taxa

de abandono do tratamento de redução de peso aumentou 10% nos pacientes com maior expectativa de diminuição de IMC em 1 ano. Este estudo realça que a clarificação de metas realistas e irrealistas de perda de peso deve ser um tema abordado no início do tratamento.⁽¹⁶⁾ No entanto, há um estudo que associou menores expectativas de perda de peso a maior abandono. Note-se contudo, que as expectativas de perda de peso foram influenciadas porque todos os pacientes foram informados previamente das expectativas realistas do tratamento ⁽⁴⁶⁾.

A prevalência de desordens afetivas em indivíduos obesos que procuram tratamento é superior a 30% e uma percentagem significativa destes obesos culpabiliza estados emocionais negativos como causa de sobrealimentação e recaída no tratamento. A presença de sintomas depressivos pode propiciar o aumento de episódios de Ingestão Emocional e aumentar o risco de abandono do tratamento.⁽⁴¹⁾ Saliente-se que os fatores que predizem o abandono podem ser diferentes de acordo com o período de tratamento em que este ocorre. Por exemplo, Pekarik *et al* quando compararam a sua amostra de indivíduos desistentes e de indivíduos que completaram o programa de perda de peso, não identificaram variáveis preditoras de abandono.⁽⁴⁷⁾ Contudo, quando compararam abandono tardio com abandono precoce, descobriram que os indivíduos que desistiam mais cedo do programa reportavam níveis superiores de depressão e ansiedade relativamente aos pacientes que abandonavam o tratamento mais tardiamente. As exigências de um programa de perda de peso podem ser esmagadoras para os pacientes com sintomas depressivos maiores, devido a ânimo reduzido, baixa motivação e concentração que caracterizam esta condição. Num estudo mais recente que procurou analisar os preditores de abandono e sucesso em programas de perda de peso, emergem como preditores os sintomas

depressivos e a idade mais jovem.⁽⁴⁸⁾ Outras investigações denotaram, igualmente, que em pacientes com menos sintomas de depressão era maior a probabilidade de completar o programa.^(28, 41) Contudo, a relação entre abandono do tratamento e depressão é também controversa existindo estudos que não encontram associação entre as duas variáveis.^(49, 50) Note-se que, segundo uma revisão dos preditores psicossociais de perda de peso no pré-tratamento, em praticamente todos os estudos que avaliam a depressão, ansiedade bem como outros indicadores de psicopatologia, mencionam que estas medidas não são suficientes para prever perda de peso dado a heterogeneidade das situações clínicas e a transitoriedade das desordens emocionais.⁽³⁹⁾

O conceito de autoeficácia, introduzido por Albert Bandura em 1977, refere-se à confiança que cada um de nós tem na sua habilidade para desempenhar com sucesso um determinado comportamento.⁽⁵¹⁾ Segundo um estudo comportamental de grande escala, que analisou o efeito da autoeficácia no abandono do tratamento da obesidade, os pacientes desistentes demonstraram menor autoeficácia confirmando que se o paciente não acredita que é capaz de ser bem-sucedido, então o abandono é uma decisão provável.⁽⁵²⁾ Em estudos mais recentes, baixos níveis de autoeficácia para superar as barreiras da prática de exercício físico⁽⁵³⁾ bem como para diminuir a ingestão alimentar⁽⁴⁵⁾ podem ser preditores da desistência das intervenções de perda de peso. São vários os estudos que corroboram os estudos mencionados reportando que a promoção da autoeficácia do paciente relativamente à aquisição de competências e implementação de comportamentos pode ser determinante na produção de resultados desejáveis, minimizando o risco de abandono do tratamento.⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾ Segundo um estudo de Roach *et al.*, embora os pacientes submetidos ao

programa com técnicas comportamentais de melhoria da autoeficácia não tenham perdido mais peso que os submetidos ao programa controlo (isento dessas técnicas), o primeiro resultou em melhoria do comportamento alimentar dos pacientes. Dado que a adoção de uma alimentação saudável é considerada elemento essencial na manutenção do peso a longo prazo, a autoeficácia revela-se fundamental.⁽⁵⁴⁾ Por sua vez, *Warziski et al.* ao avaliar o impacto da autoeficácia na mudança de peso após a dieta, através do questionário *Weight Efficacy Lifestyle* (WEL), sugeriram que a melhoria na autoeficácia dos pacientes está positivamente associada à perda de peso a longo prazo.⁽⁵⁶⁾ Mais recentemente, *Bartfield et al.* consideraram que o fracasso no tratamento de perda de peso pode resultar de terapias dietéticas que não têm em consideração as preferências e a autoeficácia dos pacientes.⁽⁵⁷⁾

Desde a década de 80 até à atualidade, vários autores apontam que a motivação é a chave da alteração comportamental. É referida como necessária à adesão de uma alimentação saudável, à permanência em programas de redução de peso e à manutenção do peso atingido durante o tratamento.^(58, 59) Andersson e Rossner foram os primeiros a demonstrar que o abandono pode resultar da diminuição da motivação.⁽⁶⁰⁾ Esses resultados foram confirmados por *Lantz et al.* num ensaio clínico que pretendeu avaliar a manutenção de perda de peso após 4 anos de tratamento de obesidade, com dieta hipocalórica e mudança comportamental, onde relataram a falta de motivação em concomitância com problemas relacionados com a família como causas principais de abandono do tratamento.⁽³⁰⁾ No entanto, há estudos que não encontram uma associação significativa entre “*attrition*” e motivação dos pacientes.^(28, 61)

A imagem corporal é outro conceito que se reveste da maior importância no tratamento da obesidade, podendo surgir entre os obesos como objeto de estigmatização. Esta variável deve ser considerada dado que quando melhorada de forma efetiva, pode contribuir como reforço motivador para o tratamento de perda de peso. Pelo contrário, quando não se verificam as alterações desejadas na imagem corporal, o doente pode desmotivar-se e abandonar o tratamento.⁽¹⁵⁾ A nível psicológico, a alteração da imagem corporal associada ao aumento de peso poderá provocar uma diminuição da autoestima do paciente obeso. Como consequência, poderão surgir sintomas depressivos e de ansiedade, diminuição da sensação de bem-estar e aumento da sensação de inadequação social, que poderão conduzir ao desgaste e conseqüente abandono comprometendo o sucesso de perda de peso.⁽⁴⁸⁾

Preditores comportamentais

Uma perda inicial de peso no 1º ano de tratamento tem sido reportada em vários estudos como um forte preditor de sucesso na perda e manutenção do peso perdido a longo prazo.⁽⁶²⁻⁶⁵⁾ Este facto é consistente com um estudo mais recente que, além disso, evidencia que a quantidade de peso perdido durante as primeiras semanas de tratamento tem efeito na redução de abandono, sugerindo que o sucesso precoce pode motivar a participação continuada.⁽⁴⁸⁾ Um estudo que pretendeu avaliar o sucesso e adesão a longo prazo a dietas de emagrecimento, referiu que uma menor perda de peso nos 6 meses iniciais de tratamento é um preditor de abandono indicando que os pacientes que abandonaram a dieta perderam em média menos peso do que os que completaram, respetivamente, 2,4 kg e 5,7 kg.⁽³³⁾ Um estudo recente enuncia que a taxa de abandono dos

tratamentos cirúrgicos parece ser relativamente mais baixa do que a dos tratamentos baseados em terapia cognitivo-comportamental, terapia farmacológica e terapia dietética ou aconselhamento nutricional. Especula-se que os pacientes dispostos a submeter-se ao procedimento cirúrgico possam estar mais comprometidos com o programa. Além disso, os pacientes tratados cirurgicamente experimentam perda de peso inicial, o que pode servir como motivação adicional para continuar no programa de controlo de peso.⁽³⁴⁾

É um juízo comum que pacientes obesos com resultados fracos em terapias nutricionais anteriores sejam propensos a abandonar o tratamento, uma vez que o desejo de perder peso nem sempre corresponde à determinação para mudar de comportamento.⁽⁶⁶⁾ Estudos demonstram que um número elevado de tentativas anteriores fracassadas de cumprir dieta está associado a maior risco de abandono e menor sucesso de perda de peso.^(28, 67) Contrariamente, Inelmen *et al.* referem que a frequência antecedente a tratamentos dietéticos e comportamentais de perda de peso não tem influência no abandono.⁽²⁷⁾

Um estudo que compara pacientes obesas, com e sem distúrbios de compulsão alimentar, inscritas num programa comportamental de controlo de peso, constatou que as pacientes com compulsão alimentar estão mais propensas a abandonar o tratamento provavelmente porque tendem a evidenciar mais sintomas depressivos, angústia, mal-estar psicológico geral e comportamentos inadequados relativamente à alimentação. Marcus *et al.* não verificaram diferenças significativas de perda de peso entre os pacientes com e sem distúrbios de compulsão alimentar que concluíram o tratamento. No entanto, as primeiras recuperaram significativamente mais peso após 6 meses de *follow-up*,

sugerindo que os pacientes com compulsão alimentar tendem a obter menos sucesso nos programas de controlo de peso.⁽⁴⁵⁾

Os padrões de consumo alimentar dos pacientes é outra variável cuja correlação com o abandono tem sido avaliada. O consumo habitual de frutas frescas, juntamente com uma maior ingestão de vegetais e menor ingestão de carnes vermelhas e laticínios, é comumente associada com estilos de vida mais saudáveis.⁽⁶⁸⁾ As bebidas alcoólicas, doces e laticínios são mais frequentemente consumidos por indivíduos que abandonam o tratamento enquanto as carnes brancas e a fruta são mais regularmente consumidos pelos pacientes que concluem o tratamento. Segundo Inelmen *et al.* apesar da adoção de hábitos alimentares saudáveis poder melhorar a adesão aos programas de redução de peso, o padrão de consumo ainda não é definitivamente um preditor de abandono.⁽²⁷⁾

A atividade física é reconhecidamente um bom coadjuvante da perda e manutenção de peso em indivíduos obesos.^(69, 70) Esta evidência vai ao encontro de outros estudos que referem a maximização da perda de peso através do encorajamento da atividade física nestes indivíduos. Além disso, Matthew *et al.* notaram que indivíduos com maiores níveis de atividade física são mais assíduos às sessões de tratamento de perda de peso.⁽⁴¹⁾ Segundo Bandura, a avaliação da autoeficácia dos pacientes para o exercício pode aumentar a eficácia do tratamento.⁽⁷¹⁾ Contrariamente, Inelmen *et al.* apontaram que o nível de atividade física não influenciou as taxas de abandono. Este facto pode dever-se ao sedentarismo de 80% dos obesos da amostra estudada.⁽²⁷⁾

Outros preditores

Tem sido demonstrado que a obesidade afeta negativamente a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), estimada pelo *Short Form of the Medical Outcomes Study* (SF-36) ou por ferramentas específicas para a obesidade tal como o questionário *Impact of Weight on Quality of Life (IWQOL)-Lite*.⁽⁷²⁾ Os dois únicos estudos que avaliaram a QVRS antes do tratamento da obesidade sugerem que mulheres que relatam menor QVRS são mais propensas a abandonar o tratamento e que a QVRS pode ter potencial como preditor de perda e manutenção de peso bem como de abandono do tratamento.^(28, 67) Para o controlo do peso, é importante que o indivíduo tenha um bom apoio familiar e social que o ajude na adoção dos comportamentos saudáveis.⁽¹⁰⁾ Apoio social e familiar reduzido tem sido associado a maior abandono das intervenções de perda de peso.^(73, 74) No entanto, há estudos que referem não haver associação significativa entre essas variáveis.^(28, 75)

O avanço da idade está relacionado com menor desgaste durante o tratamento de tal modo que por cada ano de idade se associou uma diminuição de 5% no risco de abandono.⁽⁴⁸⁾ São vários os estudos que evidenciam a idade mais jovem como preditor de abandono dos programas de perda de peso^(34, 76) Num estudo realizado por Honas *et al.*, 76% dos participantes com idades entre os 51 e 60 anos completaram o programa de perda de peso e apenas 60% dos participantes com idade inferior a 40 anos finalizou o programa, concluindo que o risco significativo de abandono era mais provável em pacientes com idade inferior a 40 anos bem como no sexo feminino e em divorciadas. O declínio do estado de saúde pode ser um fator de motivação para os pacientes mais velhos terem uma participação mais sustentada em programas de perda de peso.⁽²¹⁾ Em contraste, Inelmen *et al.* não relacionaram a idade com abandono.⁽²⁷⁾

Os pacientes com nível educacional superior são significativamente menos propensos a abandonar os tratamentos comparativamente com aqueles com nível de ensino médio ou básico.⁽⁴⁸⁾ Além disso, questões práticas como o elevado custo do tratamento,^(28, 77) a grande distância até ao local de tratamento,⁽⁷⁸⁾ a falta de tempo⁽⁷⁷⁾ e problemas de trabalho⁽²⁵⁾ podem aumentar as taxas de abandono dos programas de perda de peso.

Conclusões

Uma ampla gama de potenciais fatores associados e preditivos do abandono tem sido estudada. Considerando o pequeno número de estudos que explora cada variável, a grande diversidade de desenhos experimentais, critérios de exclusão e metodologias de estudo, a heterogeneidade das definições preconizadas para desgaste e abandono, o relato pouco conclusivo de alguns resultados e as conclusões discordantes entre os estudos, é difícil estabelecer com rigor uma associação segura e consistente entre os potenciais preditores supramencionados e o abandono dos programas de perda de peso em obesos. Diferenças no tipo de intervenção, duração do acompanhamento e no grau inicial de excesso de peso da amostra também dificultam a comparação dos resultados entre os diferentes estudos. No entanto, a revisão atual sugere que fatores psicológicos e comportamentais são comumente associados com abandono. As maiores expectativas de perda de peso e baixa autoeficácia são as variáveis psicológicas mais preditoras. As variáveis comportamentais com maior valor preditivo são o maior número de tentativas anteriores de perda de peso e o reduzido nível de exercício físico. No contexto psicológico, a abordagem inicial deverá basear-se em metas realistas definindo-se objetivos válidos, e por etapas,

ao longo da terapêutica. Na promoção da mudança comportamental ligada à saúde devem ser facultados meios, recursos, competências e ferramentas capazes de fomentar a autoeficácia. No campo comportamental, deverá ser promovida a adoção de um estilo de vida mais ativo instituindo o exercício físico regular. A melhoria destas variáveis permitirá que os pacientes sintam menor dificuldade e maior motivação para o prosseguimento do tratamento diminuindo o número de dietas recidivas e fracassadas. Os resultados sugerem ainda que a idade avançada e um maior nível de ensino são fatores protetores contra o abandono. A maior insatisfação corporal, baixa autoestima, maiores níveis de depressão e ansiedade, menor suporte social e familiar e fatores de logística do tratamento podem também contribuir para o abandono. Note-se que a maioria dos estudos sobre intervenção de perda de peso na obesidade relata os resultados para quem completa o tratamento. Muitos não informam as percentagens de pacientes perdidos no *follow-up* muito menos as características dos pacientes que abandonam o tratamento o que de acordo com as “*Consolidated Standards of Reporting Trials*” (CONSORT), é essencial para avaliar a fiabilidade dos resultados. Sendo o principal objetivo de qualquer profissional da saúde aumentar a qualidade e os anos de vida dos doentes, é da competência dos profissionais que tratam obesos, particularmente, dos nutricionistas, desenvolver abordagens e técnicas que diminuam a não adesão por abandono dos tratamentos de forma a melhorar o sucesso terapêutico. A identificação de variáveis preditoras de abandono credíveis, nomeadamente, em estudos prospetivos, poderá contribuir significativamente para o desenvolvimento e implementação de programas mais eficazes de perda de peso e sua manutenção a longo prazo, com mudança no estilo de vida e aquisição de comportamentos saudáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Fact sheet N°311. Obesity and overweight. Geneve 2011 (atualizado em Maio 2012). Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. 2011;
2. P. M. Obesidade: muito peso, várias medidas. 2ª ed. Porto Ambar; . 2005. :p31-131.
3. Branca F NH, Lobstein T. WHO. Regional office for Europe. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Copenhagen, Denmark: WHO Regional office for Europe; . 2007:p.xiii,323p.
4. Obesidade, prevenção e terapêutica. Lisboa: Sociedade Portuguesa para a Obesidade; . 2008:p.23-95.
5. Do Carmo I DSO, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, et al. . Overweight and Obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. . Obes Rev. 2008; (9(1):):11-9.
6. Kopelman P. Health risks associated with overweight and obesity. Obes Rev. 2007; 8:13-17.
7. Foster GD, Wadden TA, Phelan S, Sarwer DB, Sanderson RS. Obese patients' perceptions of treatment outcomes and the factors that influence them. Arch Intern Med. 2001; 161(17):2133-39.
8. Goldstein DJ. Beneficial Health-Effects of Modest Weight-Loss. Int J Obesity. 1992; 16(6):397-415.
9. Claudino AM Z, MT. Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade. Barueri-SP. 2005;
10. Hill JO, Wyatt H. Outpatient management of obesity: a primary care perspective [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review]. Obes Res. 2002; 10 Suppl 2:124S-30S.
11. Metabologia SBdEe. Obesidade: Tratamento. Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2005. Internet em: www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/23-ObesidadeTratamento.pdf:3-5.
12. USDHHS. The Practical Guide to the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults Bethesda,MD. 2000;
13. Lang A, Froelicher ES. Management of overweight and obesity in adults: behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance [Review]. European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology. 2006; 5(2):102-14.
14. Poinhos RCF. Efeitos da motivação e do acompanhamento no tratamento da obesidade. Porto:UP. 2004;
15. Correia M. Determinantes psico-afectivos e sócio-culturais no tratamento da obesidade. Doutoramento em Ciências Biomédicas: Universidade de Lisboa Faculdade de Medicina 2004;
16. Dalle Grave R, Calugi S, Molinari E, Petroni ML, Bondi M, Compare A, et al. Weight loss expectations in obese patients and treatment attrition: An observational multicenter study. Obes Res. 2005; 13(11):1961-69.
17. Farley RL, Wade TD, Birchmore L. Factors influencing attendance at cardiac rehabilitation among coronary heart disease patients [Research Support, Non-U.S. Gov't]. European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology. 2003; 2(3):205-12.

18. Moroshko I, Brennan L, O'Brien P. Predictors of dropout in weight loss interventions: a systematic review of the literature [Review]. *Obes Rev.* 2011; 12(11):912-34.
19. Bennett GA, Jones SE. Dropping out of Treatment for Obesity. *J Psychosom Res.* 1986; 30(5):567-73.
20. Carels RA, Cacciapaglia HM, Douglass OM, Rydin S, O'Brien WH. The early identification of poor treatment outcome in a women's weight loss program. *Eating behaviors.* 2003; 4(3):265-82.
21. Honas JJ, Early JL, Frederickson DD, O'Brien MS. Predictors of attrition in a large clinic-based weight-loss program. *Obes Res.* 2003; 11(7):888-94.
22. Dixon JB, Laurie CP, Anderson ML, Hayden MJ, Dixon ME, O'Brien PE. Motivation, readiness to change, and weight loss following adjustable gastric band surgery. *Obesity (Silver Spring).* 2009; 17(4):698-705.
23. Riele WWT, Boerma D, Wiezer MJ, Rinkes IHMB, van Ramshorst B. Long-term results of laparoscopic adjustable gastric banding in patients lost to follow-up. *Brit J Surg.* 2010; 97(10):1535-40.
24. Fontaine KR, Cheskin LJ. Self-efficacy, attendance, and weight loss in obesity treatment. *Addict Behav.* 1997; 22(4):567-70.
25. Grossi E, Grave RD, Mannucci E, Molinari E, Compare A, Cuzzolaro M, et al. Complexity of attrition in the treatment of obesity: clues from a structured telephone interview. *Int J Obesity.* 2006; 30(7):1132-37.
26. Panfilis C, Torre M, Cero S, Salvatore P, Dall'Aglio E, Marchesi C, et al. Personality and attrition from behavioral weight-loss treatment for obesity. *Gen Hosp Psychiat.* 2008; 30(6):515-20.
27. Inelmen EM, Toffanello ED, Enzi G, Gasparini G, Miotto F, Sergi G, et al. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. *Int J Obesity.* 2005; 29(1):122-28.
28. Teixeira PJ, Going SB, Houtkooper LB, Cussler EC, Metcalfe LL, Blew RM, et al. Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women. *Int J Obesity.* 2004; 28(9):1124-33.
29. Grave RD, Calugi S, Magri F, Cuzzolaro M, Dall'Aglio E, Lucchin L, et al. Weight loss expectations in obese patients seeking treatment at medical centers. *Obes Res.* 2004; 12(12):2005-12.
30. Lantz H, Peltonen M, Agren L, Torgerson JS. A dietary and behavioural programme for the treatment of obesity. A 4-year clinical trial and a long-term posttreatment follow-up. *J Intern Med.* 2003; 254(3):272-79.
31. Last JM. *Um Dicionário de Epidemiologia* Oxford University Press. 1998; 2ª ed (Ed Portuguesa Departamento de estudos e planeamento de Saúde. Lisboa, 2005):pp 83 e 157.
32. Portas M. *A Dictionary of Epidemiology.* Oxford University Press. 2008;
33. Greenberg I, Stampfer MJ, Schwarzfuchs D, Shai I, Grp D. Adherence and Success in Long-Term Weight Loss Diets: The Dietary Intervention Randomized Controlled Trial (DIRECT). *J Am Coll Nutr.* 2009; 28(2):159-68.
34. Gill RS, Karmali S, Hadi G, Al-Adra DP, Shi X, Birch DW. Predictors of attrition in a multidisciplinary adult weight management clinic. *Canadian journal of surgery Journal canadien de chirurgie.* 2012; 55(3):035710-35710.
35. World Health Organization., Sabaté E. *Adherence to long-term therapies : evidence for action.* Geneva: World Health Organization; 2003. p. xv, 198 p.

36. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Db Syst Rev.* 2008; (2)
37. Horne R. Compliance, Adherence and Concordance. In GARD P Behavioural Approach to Pharmacy Practice London: Backwell. 2000:166-83.
38. Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL, Selker HP, Schaefer EJ. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction. *Jama-J Am Med Assoc.* 2005; 293(1):43-53.
39. Teixeira PJ, Going SB, Sardinha LB, Lohman TG. A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obes Rev.* 2005; 6(1):43-65.
40. Davis MJ, Addis ME. Predictors of attrition from behavioral medicine treatments. *Ann Behav Med.* 1999; 21(4):339-49.
41. Clark MM, Niaura R, King TK, Pera V. Depression, smoking, activity level, and health status: Pretreatment predictors of attrition in obesity treatment. *Addict Behav.* 1996; 21(4):509-13.
42. Foster GD, Wadden TA, Vogt RA, Brewer G. What is a reasonable weight loss? Patients' expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *J Consult Clin Psych.* 1997; 65(1):79-85.
43. Jeffery RW, Wing RR, Mayer RR. Are smaller-weight losses or more achievable weight loss goals better in the long term for obese patients? *J Consult Clin Psych.* 1998; 66(4):641-45.
44. Pratt CA, Mclaughlin GW, Gaylord C. A Multivariate-Analysis of Weight-Loss Behavior. *Psychol Rep.* 1992; 71(3):1075-84.
45. Marcus MD, Wing RR, Hopkins J. Obese Binge Eaters - Affect, Cognitions, and Response to Behavioral Weight Control. *J Consult Clin Psych.* 1988; 56(3):433-39.
46. Douglas JG, Ford MJ, Munro JF. Patient Motivation and Predicting Outcome in a Hospital Obesity Clinic. *Int J Obesity.* 1981; 5(1):33-38.
47. Pekarik G, Blodgett C, Evans RG, Wierzbicki M. Variables Related to Continuance in a Behavioral Weight-Loss Program. *Addict Behav.* 1984; 9(4):413-16.
48. Fabricatore AN, Wadden TA, Moore RH, Butryn ML, Heymsfield SB, Nguyen AM. Predictors of attrition and weight loss success: Results from a randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2009; 47(8):685-91.
49. van Os J, van Rossum I, Boomsma M, Vieta E, Goetz I, Reed C, et al. The social, psychopathological and consumer context of rate of symptom improvement in acute mania. *Soc Psych Psych Epid.* 2007; 42(8):631-38.
50. Wheeler E, Prettyman A, Lenhard MJ, Tran K. Adherence to outpatient program postoperative appointments after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2008; 4(4):515-20.
51. Bandura A. Self-Efficacy - toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychol Rev.* 1977; 84(2):191-215.
52. Mitchell C, Stuart RB. Effect of Self-Efficacy on Dropout from Obesity Treatment. *J Consult Clin Psych.* 1984; 52(6):1100-01.
53. Edmunds J, Ntoumanis N, Duda JL. Adherence and well-being in overweight and obese patients referred to an exercise on prescription scheme: A self-determination theory perspective. *Psychol Sport Exerc.* 2007; 8(5):722-40.
54. Roach JB, Yadrick MK, Johnson JT, Boudreaux J, Forsythe WA, Billon W. Using self-efficacy to predict weight loss among young adults. *J Am Diet Assoc.* 2003; 103(10):1357-59.

55. Pollak KI, Ostbye T, Alexander SC, Gradison M, Bastian LA, Brouwer RJN, et al. Empathy goes a long way in weight loss discussions. *J Fam Practice*. 2007; 56(12):1031-36.
56. Warziski MT, Sereika SM, Styn MA, Music E, Burke LE. Changes in self-efficacy and dietary adherence: the impact on weight loss in the PREFER study. *J Behav Med*. 2008; 31(1):81-92.
57. Bartfield JK, Ojehomon N, Huskey KW, Davis RB, Wee CC. Preferences and self-efficacy for diet modification among primary care patients. *Obesity (Silver Spring)*. 2010; 18(2):430-2.
58. Williams GC, Grow VM, Freedman ZR, Ryan RM, Deci EL. Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *J Pers Soc Psychol*. 1996; 70(1):115-26.
59. Sabinsky MS, Toft U, Raben A, Holm L. Overweight men's motivations and perceived barriers towards weight loss. *Eur J Clin Nutr*. 2007; 61(4):526-31.
60. Anderson I RS. Weight development, drop-out pattern and changes in obesity-related risks factors after two years treatment of obese men. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1997; 21:211-6.
61. Fowler JL, Follick MJ, Abrams DB, Rickardfigueroa K. Participant Characteristics as Predictors of Attrition in Worksite Weight-Loss. *Addict Behav*. 1985; 10(4):445-48.
62. Craighead LW, Stunkard AJ, O'Brien RM. Behavior-Therapy and Pharmacotherapy for Obesity. *Arch Gen Psychiat*. 1981; 38(7):763-68.
63. Dubbert PM, Wilson GT. Goal-Setting and Spouse Involvement in the Treatment of Obesity. *Behav Res Ther*. 1984; 22(3):227-42.
64. Wadden TA, Foster GD, Wang J, Pierson RN, Yang MU, Moreland K, et al. Clinical Correlates of Short-Term and Long-Term Weight-Loss. *Am J Clin Nutr*. 1992; 56(1):S271-S74.
65. Finer N, Ryan DH, Renz CL, Hewkin AC. Prediction of response to sibutramine therapy in obese non-diabetic and diabetic patients [Meta-Analysis]. *Diabetes, obesity & metabolism*. 2006; 8(2):206-13.
66. Ayyad C, Andersen T. Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: a systematic review of studies published between 1931 and 1999 [Review]. *Obes Rev*. 2000; 1(2):113-9.
67. Teixeira PJ, Going SB, Houtkooper LB, Cussler EC, Martin CJ, Metcalfe LL, et al. Weight loss readiness in middle-aged women: Psychosocial predictors of success for behavioral weight reduction. *J Behav Med*. 2002; 25(6):499-523.
68. Willett WC, Sacks F, Trichopoulos A, Drescher G, Ferroluzzi A, Helsing E, et al. Mediterranean Diet Pyramid - a Cultural Model for Healthy Eating. *Am J Clin Nutr*. 1995; 61(6):S1402-S06.
69. Pavlou KN, Krey S, Steffee WP. Exercise as an Adjunct to Weight-Loss and Maintenance in Moderately Obese Subjects. *Am J Clin Nutr*. 1989; 49(5):1115-23.
70. Brownell KD, Wadden TA. Etiology and Treatment of Obesity - Understanding a Serious, Prevalent, and Refractory Disorder. *J Consult Clin Psych*. 1992; 60(4):505-17.
71. Locke EA. Self-efficacy: The exercise of control - Bandura, A. *Pers Psychol*. 1997; 50(3):801-04.
72. Kolotkin RL, Crosby RD, Williams GR, Hartley GG, Nicol S. The relationship between health-related quality of life and weight loss. *Obes Res*. 2001; 9(9):564-71.

73. Yassreed EM, Barry NJ, Dacey CM. Examination of Pretreatment Predictors of Attrition in a VLcd and Behavior-Therapy Weight-Loss Program. *Addict Behav.* 1993; 18(4):431-35.
74. Huisman S, Maes S, De Gucht VJ, Chatrou M, Haak HR. Low Goal Ownership Predicts Drop-out from a Weight Intervention Study in Overweight Patients with Type 2 Diabetes. *Int J Behav Med.* 2010; 17(3):176-81.
75. Prochaska JO, Norcross JC, Fowler JL, Follick MJ, Abrams DB. Attendance and Outcome in a Work Site Weight Control Program - Processes and Stages of Change as Process and Predictor Variables. *Addict Behav.* 1992; 17(1):35-45.
76. Grave RD, Calugi S, Corica F, Di Domizio S, Marchesini G, Grp QS. Psychological Variables Associated with Weight Loss in Obese Patients Seeking Treatment at Medical Centers. *J Am Diet Assoc.* 2009; 109(12):2010-16.
77. Bautista-Castano I, Molina-Cabrillana J, Montoya-Alonso JA, Serra-Majem L. Variables predictive of adherence to diet and physical activity recommendations in the treatment of obesity and overweight, in a group of Spanish subjects. *Int J Obesity.* 2004; 28(5):697-705.
78. Sivagnanam P, Rhodes M. The importance of follow-up and distance from centre in weight loss after laparoscopic adjustable gastric banding. *Surg Endosc.* 2010; 24(10):2432-8.