



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE MEDICINA

THAYSE MOREIRA KLEIN BOAVENTURA

**FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA OBESIDADE
EM AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

SALVADOR

2024

THAYSE MOREIRA KLEIN BOAVENTURA

**FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA OBESIDADE
EM AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, para aprovação parcial no 4º ano do curso de Medicina.

Orientadora: Dra. Maria de Lourdes Lima

Salvador

2024

Para a mulher que sempre me inspirou:
minha avó Elávia Klein (in memoriam), a
qual desde o início do processo nunca
deixou de acreditar no meu potencial.

AGRADECIMENTOS

Fazer medicina sempre foi um sonho, e parte desse sonho envolve etapas essenciais, como o meu encontro com este trabalho e o vislumbre diante de uma parte da área da endocrinologia que ele me proporcionou. Para a elaboração deste estudo devo a minha gratidão à espiritualidade e a várias pessoas que me apoiaram, seguraram a minha mão nos momentos difíceis e me ajudaram a concluir essa etapa da minha vida e carreira acadêmica. Dessa forma, agradeço:

Primeiramente, à Deus e a todos os Orixás que iluminaram e direcionaram o meu caminho para a conclusão deste trabalho;

À minha estrelinha, minha querida avó Elávia, que mesmo do céu permaneceu me dando força nos momentos mais difíceis;

Aos meus familiares, principalmente meus pais, Viviane e Ronny, por sonharem junto comigo e nunca medirem esforços para que meu sonho se tornasse realidade. Meus irmãos, Amanda e Arthur, que me inspiram a ser exemplo para eles. Meu padrasto, Machado, que com seus conselhos sábios me ajudou em todo o processo;

Ao meu noivo, Odilon, por me apoiar durante toda essa trajetória acadêmica, sempre disposto a me incentivar a ser a minha melhor versão;

À Dra. Maria de Lourdes Lima, minha querida orientadora, que confiou e acreditou em mim, sempre estando empenhada para sanar todas as necessidades deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC);

À todos os pacientes do programa de Estudo das Pessoas com Excesso de Peso (PEPE), que mesmo não tendo um contato direto, foram essenciais para este trabalho;

À instituição Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP, por me proporcionar aprendizados e encontros tão incríveis durante o processo.

Por fim, expresso minha gratidão por todos que de alguma forma, direta ou indiretamente, fizeram parte da realização deste TCC.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A obesidade é uma doença complexa, crônica e multifatorial que atinge grande parte da população mundial, inclusive no Brasil. O tratamento multiprofissional é essencial, considerando todos os aspectos de vida do paciente (físico, psicológico e social). **OBJETIVO:** Avaliar a adesão ao tratamento de pacientes com obesidade acompanhados em ambulatório especializado. **MÉTODOS:** Estudo observacional, de coorte retrospectiva, com dados secundários realizado em ambulatório de obesidade, sendo composto por uma equipe multiprofissional, incluindo endocrinologistas, nutricionista, enfermeira, educadora física e psicóloga, no Programa para Estudo das Pessoas com Excesso de Peso (PEPE), no Ambulatório Saúde Bahiana, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Foram analisados 343 prontuários de pacientes atendidos entre 2005 e 2020. Foi considerada adesão ao tratamento quando o paciente permaneceu por no mínimo 1 ano no programa. **RESULTADOS:** A amostra foi constituída de 343 pacientes, com idade média de 46 anos. Sendo que desses pacientes, 310 são do sexo feminino. Dos pacientes que permaneceram no programa por mais de 1 ano (N = 228), 210 foram mulheres (90,4%) e 18 foram homens (9,6%), $p = 0,053$. Verificou-se uma diferença estatística significativa em relação à idade ($p < 0,05$), maior no grupo que aderiu ao tratamento. No quesito escolaridade, pacientes com Ensino Médio completo, permaneceram por mais tempo no programa ($p < 0,05$). Também se observou diferença estatística significativa em relação às comorbidades dos pacientes, permanecendo por uma duração maior no programa, os pacientes hipertensos ($p < 0,05$). Foi constatado ainda que pacientes com obesidade permaneceram por mais tempo no programa ($p < 0,05$) do que aqueles com sobrepeso. **CONCLUSÃO:** Fatores como idade mais avançada, maior escolaridade, presença de hipertensão, e obesidade foram preditores para a melhor adesão ao tratamento da obesidade.

Palavras-chave: Obesidade. Manejo da Obesidade. Adesão ao tratamento.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Obesity is a complex, chronic and multifactorial disease that affects a large part of the population worldwide, including Brazil. Multiprofessional treatment is essential, considering all aspects of the patient's life (physical, psychological and social). **OBJECTIVE:** To assess adherence to treatment in patients with obesity treated at a specialized outpatient clinic. **METHODS:** This is an observational, retrospective cohort study with secondary data carried out at an obesity outpatient clinic. The clinic comprises, a multi-professional team including endocrinologists, a nutritionist, a nurse, a physical educator and a psychologist, in the Program for the Study of Overweight People (PEPE), at the Bahiana Health Outpatient Clinic of the Bahiana School of Medicine and Public Health (EBMSP). We analyzed 343 medical records of patients seen between 2005 and 2020. We considered adherence to treatment when the patient remained in the program for at least 1 year. **RESULTS:** The sample consisted of 343 patients, with an average age of 46 years. Of these patients, 310 were female. Of the patients who remained in the program for more than 1 year (N = 228), 210 were women (90.4%) and 18 were men (9.6%), $p= 0.053$. There was a statistically significant difference in age ($p < 0.05$), which was higher in the group that adhered to treatment. In terms of education, patients with completed high school remained in the program longer ($p < 0.05$). A statistically significant difference was also observed in relation to the patients' comorbidities, with hypertensive patients staying longer in the program ($p < 0.05$). We also found that patients with obesity remained in the program longer ($p < 0.05$) than those who were overweight. **CONCLUSION:** Factors such as older age, more schooling, the presence of hypertension and obesity were predictors of better adherence to obesity treatment.

Keywords: Obesity. Obesity Management. Treatment Adherence.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	9
3	REVISÃO DE LITERATURA	10
4	METODOLOGIA	17
	4.1 Desenho de estudo	17
	4.2 Local e período	17
	4.3 População de estudo	17
	4.3.1 Critério de inclusão	17
	4.4.2 Critério de exclusão	17
	4.5 Métodos de coleta	17
	4.6 Variáveis	18
	4.7 Plano de análise de dados	18
	4.8 Aspectos éticos	18
5	RESULTADOS	20
6	DISCUSSÃO	23
7	CONCLUSÃO	26
	REFERÊNCIAS	27
	APÊNDICE A	31
	ANEXO A	33

1 INTRODUÇÃO

Segundo Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é um dos mais graves problemas de saúde que temos para enfrentar atualmente. Em 2025, a estimativa é de que 2,3 bilhões de adultos ao redor do mundo estejam acima do peso. No Brasil, essa doença crônica aumentou 72% nos últimos treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019. De acordo com a Associação Brasileira para Estudo da Obesidade (ABESO), na cidade de Salvador cerca de 20,3% da população de mulheres vivem com obesidade¹. O excesso de peso tem causa multifatorial, sendo decorrente da genética e de fatores ambientais (como psicossociais, econômicos e metabólicos adquiridos). Portanto, a prevenção e tratamento dessa doença deve ser multidisciplinar para garantir, além da redução de peso, alterações no modo de vida do paciente².

A obesidade é uma doença caracterizada pelo excesso de gordura corporal em um nível que compromete a saúde dos indivíduos, acarretando prejuízos tais como alterações metabólicas, dificuldades respiratórias e do aparelho locomotor³.

Tem sido associada a diversas comorbidades, como às doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, problemas psicológicos, comprometimento postural e alterações no aparelho locomotor, influenciando desta maneira na redução da expectativa de vida e no perfil de mortalidade das populações. Diante disso, a cronicidade da doença e a sua complexidade tornam a adesão ao tratamento muito difícil e o controle de peso com pouco sucesso a longo prazo⁴. Considerando que a falta de adesão pode ter impacto nos resultados do tratamento e consequente piora significativa para a qualidade de vida das pessoas com obesidade, fatores que interferem nesse processo necessitam ser investigados⁵.

A não adesão ao tratamento da obesidade se traduz em diversos aspectos, dentre eles a ausência de exercícios físicos, a má alimentação, o uso incorreto dos medicamentos e a falta de mudanças no estilo de vida². Alguns dos fatores que podem interferir na aderência ao tratamento são: a falta de apoio familiar, problemas pessoais e questões psicológicas. Desse modo, o tratamento não é somente instituído ao paciente, mas a todos que estão no seu convívio familiar. A identificação de fatores intervenientes na adesão ao tratamento é de extrema importância para a assistência

do paciente com obesidade, pois possibilita uma abordagem humanizada, individual e específica em todo o programa de emagrecimento para o indivíduo ⁴.

Portanto, a obesidade é uma doença de elevada incidência e causadora de diversas doenças crônicas. Sendo assim, é indubitável que há uma necessidade de estudar e aprofundar pesquisas sobre os fatores que interferem na adesão ao tratamento. Diante disso, entender melhor sobre medicamentos, dietas e acompanhamentos ideais para o tratamento dessa doença ajudaria o sistema de saúde a ter um olhar mais individualizado sobre esse problema, melhorando protocolos de atendimento. Além disso, dados sobre os fatores que impedem uma boa adesão ao tratamento da obesidade ainda são inconclusivos e mais pesquisas são necessárias.

2 OBJETIVOS

a) Geral

Avaliar a adesão ao tratamento de pacientes com obesidade acompanhados em ambulatório multiprofissional especializado que atende a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

b) Específicos

1. Descrever percentual de pacientes que aderiram a pelo menos um ano de acompanhamento em programa multiprofissional para tratamento da obesidade.
2. Comparar dados clínicos e presença de comorbidade entre pacientes que permaneceram no programa por mais de um ano com aquelas que abandonaram o acompanhamento antes desse período.
3. Identificar preditores de abandono ao tratamento multiprofissional.

3 REVISÃO DE LITERATURA

1 Obesidade

A obesidade é um sério desafio de saúde que precisa ser abordado, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). É previsto que, até o ano de 2025, aproximadamente 2,3 bilhões de adultos em todo o mundo estarão com sobrepeso. Esses números destacam a magnitude do problema e a necessidade de ações efetivas para enfrentar essa questão global de saúde. No Brasil, essa doença crônica aumentou 72% nos últimos treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019¹. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2020), atualmente mais da metade dos adultos está acima do peso (60,3%, representando 96 milhões de pessoas), sendo o público feminino (62,6%) mais prevalente que o masculino (57,5%). Ademais, a obesidade está presente em 25,9% da população, atingindo 41,2 milhões de adultos⁶.

A obesidade é uma doença caracterizada pelo grande acúmulo de gordura de forma prejudicial ao indivíduo³. O Índice de Massa Corporal (IMC), e a circunferência da cintura (CC) são medidas antropométricas que podem ser utilizadas com o objetivo de verificar sobrepeso e obesidade. O IMC (calculado através da divisão do peso em quilogramas, pela altura em metros elevada ao quadrado, kg/m^2) é o cálculo mais usado para avaliação da adiposidade corporal¹. Convenciona-se chamar de sobrepeso o IMC de 25 a 29,9 kg/m^2 e obesidade o IMC maior ou igual a 30 kg/m^2 . É importante salientar, que a obesidade é uma doença de múltiplos fatores e complexa, envolvendo assim uma série de fatores, sendo eles históricos, políticos, socioeconômicos, culturais, psicossociais e biológicos³. Diante disso, os estudos se focam no quesito biológico, principalmente, em relação ao binômio dieta e atividade física, sendo em geral o maior aporte calórico associado à escassez de exercício físico – principalmente, devido ao elevado índice de sedentarismo – um grande fator influente na obesidade³.

Outrossim, é indubitável que com o advento das novas tecnologias alimentares, a oferta ficou maior e de fácil acesso, o que contribuiu para o aumento da incidência da obesidade. Também, devido a adesão da população à conhecida “dieta ocidental”, rica em carboidratos, gorduras, açúcares e alimentos refinados, favoreceu o estabelecimento de uma sociedade obesa. No que se refere a redução da prática de

atividades físicas, podemos atribuir como um dos fatores as alterações nas esferas de trabalho, onde maior parte da população passou a ocupar setores terciários da economia, que exigem menos demanda energética, favorecendo mais ainda o sedentarismo⁶.

A fase inicial da vida do indivíduo com a presença de obesidade ou sobrepeso mostrou-se um fator marcante, predisponente a uma vida adulta com a presença dessa doença crônica. Além disso, crianças que foram obesas têm mais chances de desenvolver doenças cardiovasculares e diabetes na fase adulta⁷. Percebe-se também, que a obesidade na infância pode estar associada a problemas psicológicos (incluindo baixa autoestima) e precária qualidade de vida nessa fase tão importante para o desenvolvimento do indivíduo⁸.

2 Doenças crônicas associadas à obesidade

A obesidade está relacionada com a incidência de várias doenças crônicas, como Diabetes Mellitus tipo 2, Doenças cardiovasculares (como Doença Coronariana, Fibrilação atrial e Infarto Agudo do Miocárdio), Doenças respiratórias (como Asma e Apneia Obstrutiva Crônica), Câncer, Hipercolesterolemia, Osteoartrite, Hipertensão Arterial Sistêmica e doenças no Sistema Nervoso (como Acidente Vascular Encefálico)⁹. Além disso, a obesidade pode provocar a Síndrome Metabólica, caracterizada pela associação de obesidade abdominal, hipertrigliceridemia, baixo Colesterol-Lipoproteína de Alta Densidade (HDL), hipertensão arterial sistêmica e hiperglicemia de jejum⁹.

Entre as várias doenças crônicas desencadeadas pela obesidade, o Diabetes Mellitus tipo 2 é caracterizado por níveis elevados de glicose no sangue¹⁰. A evolução para chegar até o Diabetes Mellitus tipo 2 começa com a presença de resistência à insulina nos indivíduos com sobrepeso e obesidade¹¹. A resistência à insulina (redução da ação da insulina nos tecidos periféricos) causada pela obesidade gera uma desregulação no metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas, provocando um quadro de hiperglicemia, regido pela redução de captação de glicose periférica e aumento da produção hepática de glicose. Ademais, o diabetes mellitus tipo 2 pode promover complicações no indivíduo, como cegueira, insuficiência renal, amputações não traumáticas e doenças cardiovasculares¹².

A presença de doenças reumatológicas como Artrite Reumatoide tiveram uma maior prevalência em indivíduos com obesidade, principalmente devido à inflamação gerada nas articulações. Um aumento de 13% no risco dessa doença foi observado para cada ganho de 5 kg/m² no IMC ¹³. A elevação da concentração dos adipócitos, presentes na obesidade, promovem a liberação de grandes quantidades de mediadores pró-inflamatórios, como adipocinas, IL-1 e TNF. Diante disso, os mediadores IL-1 e TNF são fundamentais para a degradação da membrana sinovial, que é a base etiopatogênica da Artrite Reumatoide¹⁴. Além disso, a obesidade é um fator de risco para manifestação de Osteoartrite nos pacientes, gerando limitações e piora da qualidade de vida. Acredita-se que a relação da obesidade com a osteoartrite esteja relacionada à sobrecarga do peso, que por sua vez leva ao desgaste e destruição articular ⁶.

A hipertensão arterial sistêmica induzida pela obesidade tem múltiplas e simultâneas alterações fisiológicas. O tecido adiposo contribui para aumento da rigidez vascular e a vasoconstrição, pela disfunção endotelial ao secretar adipocinas pró-inflamatórias e substâncias vasoativas, como angiotensinogênio, angiotensina II, aldosterona, juntamente com aumento da atividade da renina plasmática e expressão do receptor de renina no tecido adiposo visceral ¹⁵⁻¹⁷. Segundo o *Framingham Heart Study*, onde os pacientes foram acompanhados por até 44 anos, evidenciou-se que o aumento da adiposidade foi responsável por 26% e 28% dos casos de hipertensão arterial sistêmica em homens e mulheres, respectivamente¹⁸.

A obesidade pode provocar doenças cardiovasculares, como Insuficiência Cardíaca, Doença Arterial Coronariana e Fibrilação atrial. O adipócito desenvolve um papel endócrino, que tem forte associação com o aumento da incidência de doenças cardiovasculares em pessoas com obesidade. Além disso, indivíduos com obesidade possuem aumento do débito cardíaco e consequente elevação da carga de trabalho do coração. Todos esses fatores contribuem para que haja a hipertrofia do ventrículo esquerdo em obesos¹⁹.

3 Tratamentos para obesidade

Existem vários tratamentos para a obesidade, sendo eles: estratégias dietéticas, farmacológicas e cirúrgicas²⁰. No que tange as estratégias para perda de peso, é imprescindível que, concomitantemente, existam mudanças de hábitos de vida (como:

inserção de exercício físico, regulação do sono e manejo do estresse) associada à seja qual for a estratégia, para que se tenha maior sucesso no tratamento²¹. Diante disso, estratégias individualizadas e associadas a um acompanhamento multidisciplinar são mais efetivas no tratamento da obesidade a longo prazo²².

Várias são as estratégias dietéticas que possuem evidências na melhora da composição corporal. O uso de dietas para a perda de peso se baseia em obter-se um déficit calórico de acordo com o metabolismo basal de cada indivíduo, aproximadamente 22 quilocalorias (kcal) é o gasto energético estimado por quilograma (Kg) de peso corporal em um adulto²⁰. Sendo assim, o conselho de Alimentos e Nutrição dos Estados Unidos da América (EUA) do Instituto de Medicina define a faixa aceitável de distribuição de macronutrientes para adultos (AMDR). De acordo com essas diretrizes, a ingestão relativa de gordura deve ser de 20 a 35%, a ingestão de proteína deve ser de 10 a 35%, e a ingestão de carboidratos deve ser de 45 a 65% da ingestão total de energia²¹. Nessa perspectiva, as dietas utilizadas para a perda de peso são: dieta de baixa caloria (800 a 1600 kcal/dia), dieta muito baixa em calorias (200 a 800 kcal/dia), dieta com baixo teor de gordura (< 30% de ingestão de gordura), dieta pobre em carboidratos (< 130 g/dia de ingestão de carboidratos), dieta rica em proteínas (> 30% de ingestão de proteínas), dieta mediterrânea (alta ingestão de frutas, verduras, grãos e ingestão moderada de gordura)²⁰.

Segundo as diretrizes atuais do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), é recomendado o uso de medicamentos associados às estratégias dietéticas e atividades físicas²⁰. Desse modo, as drogas mais utilizadas atualmente para o tratamento farmacológico da obesidade são: Análogos do GLP-1 (Liraglutida e Semaglutida), Orlistate e Naltrexona associada a Bupropiona. Os Análogos de GLP-1 são agonistas do hormônio incretínico GLP-1, que é liberado no trato gastrointestinal em resposta à ingestão de glicose e atuam no sistema nervoso inibindo o apetite²⁰. Já o Orlistate, é um inibidor das enzimas pancreáticas que age impedindo a absorção intestinal da gordura, que posteriormente é liberada nas fezes²¹. Ademais, a associação de Naltrexona com Bupropiona trouxe mais resultados na perda de peso do que a monoterapia de Bupropiona, que é um inibidor da recaptação de norepinefrina e dopamina, recentemente liberado para comercialização no Brasil²¹.

O tratamento cirúrgico para obesidade teve efeito não só na perda de peso significativa, como na remissão inicial da diabetes tipo 2 e diminuição dos riscos

cardiovasculares²³. Entretanto, observou-se que a técnica bypass gástrico tem mais resultados na redução de diabetes tipo 2 quando comparada a gastrectomia vertical²¹. Sob essa perspectiva, a perda de peso associada à cirurgia bariátrica além de estar relacionada a redução do espaço estomacal, está associada às alterações hormonais²¹. Entre essas alterações hormonais, têm-se que com a realização da técnica bypass, há uma diminuição do hormônio grelina, e conseqüentemente, redução do apetite no pós-operatório²⁴. Além disso, houve o aumento significativo nos hormônios intestinais GLP-1 e peptídeo YY, no qual ambos atuaram também na redução de apetite no paciente bariátrico²⁵.

Por fim, a perda de peso proporciona muitos benefícios para o indivíduo, como a redução de pressão arterial, da glicemia, dos triglicérides e o aumento do colesterol HDL²⁶. Além disso, aqueles que perderam de 5% a 10% do peso corporal inicial obtiveram a redução significativa de cerca de 0,5% da hemoglobina glicada (HbA1C)²⁶. Ademais, a redução do peso corrobora para menor incidência de doenças cardiovasculares, pois pacientes com peso ideal comparados a pacientes obesos obtiveram menor morbimortalidade por Insuficiência Cardíaca¹⁹.

4 Adesão a tratamentos para obesidade

O sucesso na perda de peso depende, concomitantemente, de uma boa aderência ao tratamento pelo indivíduo diante da obesidade. Desse modo, existem fatores que prejudicam a adesão ao tratamento, sendo eles: a dificuldade em seguir a terapêutica, a não realização de exercício físico e o seguimento inadequado da dieta²⁷. Sob esse viés, indivíduos que não realizaram atividades físicas revelaram que os motivos eram: a falta de tempo, limitações físicas e a falta de motivação e disciplina²⁷. Além disso, a presença frequente de desconforto físico devido a dores osteoarticulares, que é comum em pessoas obesas, pode dificultar ou prejudicar a participação desses pacientes em programas de atividades físicas. Ademais, os indivíduos que não seguiram corretamente o plano alimentar indicaram que os motivos foram: a dificuldade com os horários das refeições, quantidade de alimentos e a baixa disponibilidade financeira²⁷.

Devido a obesidade ser uma doença crônica e na maioria das vezes ter ausência de sintomas, há uma dificuldade na adesão ao tratamento por parte dos indivíduos²⁸. Diante disso, a não adesão adequada ao tratamento promove impactos negativos no

cuidado da doença, principalmente, com o surgimento de comorbidades que complicam ainda mais o quadro clínico dos pacientes²⁸. Desta forma, tendo em vista que a obesidade é uma doença crônica, complexa e multifatorial, é perceptível que a terapêutica multidisciplinar, formada por múltiplos profissionais (médicas, enfermeiras, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos), conseguem melhores resultados nos tratamentos de doenças crônicas²⁸.

O maior desafio na terapêutica da obesidade ainda é prevenir a recuperação do peso após a perda de peso²⁹. Dessa forma, é imprescindível ter atenção a fatores psicológicos, comportamentais e ambientais que influenciam no sucesso da perda de peso e manutenção a longo prazo²⁹. Entre os fatores psicológicos que podem influenciar no sucesso da perda de peso, pode-se incluir: a autoeficácia para monitorar o peso e o comportamento alimentar, a motivação autônoma e uma imagem corporal positiva. Já nas características comportamentais que ajudaram na manutenção da perda de peso tem-se: o planejamento alimentar (tendo alimentos saudáveis em casa), aumento do consumo de vegetais, ingestão regular do café da manhã, práticas de exercícios físicos e redução no consumo de alimentos ricos em açúcar e gordura²⁹.

Além disso, alguns fatores como a questão de o gênero feminino ter maior adesão ao tratamento da obesidade, reflete uma questão social de que mulheres procuram mais os serviços de saúde, principalmente por mostrarem-se mais preocupadas com a saúde e aparência³⁰. Também, é observado que um dos preditores de abandono do tratamento multidisciplinar é a falta de conexão com a equipe, problemas relacionados a marcações de consultas e horários³⁰.

5 Tratamento multiprofissional

Sendo a obesidade uma doença complexa e influenciada por múltiplos fatores, é imprescindível que o tratamento seja feito de maneira multiprofissional. A abordagem para a perda de peso bem-sucedida deve ser individualizada, multicomponente e multidisciplinar. Visto que, uma única intervenção geralmente não é adequada para atender às necessidades de todos os indivíduos com obesidade, e demonstrou-se ser menos eficaz³¹. A combinação de psicoterapia, dieta hipocalórica e exercícios físicos tem se mostrado eficaz e resulta em uma maior redução de peso em comparação com a utilização isolada de dieta e/ou exercícios⁷. Além disso, o tratamento multiprofissional oferece suporte emocional, educação, aconselhamento e

monitoramento contínuo, auxiliando o paciente na adoção de hábitos alimentares saudáveis, na prática de atividades físicas adequadas e na promoção de mudanças comportamentais sustentáveis. Os profissionais também podem fornecer estratégias de enfrentamento, apoio psicológico e incentivo ao autocuidado, contribuindo para a melhoria do bem-estar emocional e mental³².

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho de estudo

Estudo observacional, de coorte retrospectiva.

4.2 Local e período

Este estudo foi realizado no ambulatório de atendimento multiprofissional para Estudo das Pessoas com Excesso de Peso (PEPE), no Ambulatório Saúde Bahiana, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), o qual atende pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Salvador-BA, sendo composto por uma equipe multiprofissional, incluindo endocrinologistas, nutricionista, enfermeira, educadora física e psicóloga.

Através de um trabalho com dados secundários do PEPE, sendo analisados prontuários dos pacientes atendidos entre 2005 e 2020.

4.3 População de estudo

A população alvo foram pacientes com obesidade. A população disponível para análise são pacientes com obesidade, acima de 18 anos, que foram atendidas no ambulatório multiprofissional de Estudos das Pessoas com Excesso de Peso (PEPE) entre 2005 e 2020, no Ambulatório Saúde Bahiana, na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). A amostra estudada foi de conveniência, sendo utilizados todos os pacientes matriculados entre o período de 2005 a 2020 no Ambulatório de Obesidade do Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana (Saúde - Bahiana) na cidade de Salvador-BA, que preencheram os critérios de elegibilidade.

4.3.1 Critério de inclusão

Pacientes com IMC igual ou superior a 30 kg/m², com mais de 18 anos de idade.

4.4.2 Critério de exclusão

Pacientes que tinham dados incompletos no prontuário.

4.5 Métodos de coleta

O vigente estudo foi realizado através da revisão de prontuários de pacientes acompanhados por uma equipe multiprofissional no ambulatório de Estudo de Pessoas com Excesso de Peso (PEPE). Os dados do prontuário foram previamente

coletados e foram planilhados de acordo com questionário de extração de dados (APÊNDICE A).

4.6 Variáveis

1. Qualitativas: Escolaridade, sexo, raça/cor, graus de obesidade, presença ou não de diabetes, hipertensão, dislipidemia, síndrome metabólica, atividade física, início da obesidade, tratamento prévio para obesidade e duração do acompanhamento (permaneceu ou abandonou)

2. Quantitativas: Idade, peso, IMC, renda e duração do acompanhamento em anos.

4.7 Plano de análise de dados

Para a construção do banco de dados e cálculos estatísticos foi utilizado o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences – SPSS (Versão 14, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). Inicialmente avaliou-se a distribuição de dados, com a observação da distribuição sob a curva de Gauss, e análise pelos testes de Kurtosis e Skeweness. As variáveis contínuas foram descritas pela média e por desvio padrão, quando houve distribuição normal, ou por mediana e intervalo interquartil, para variáveis sem distribuição normal. As variáveis categóricas foram descritas por proporções. Para comparação da frequência das comorbidades entre pacientes que abandonaram ou não o acompanhamento foi utilizado o teste do qui-quadrado. Para comparação do peso, idade, IMC e duração do acompanhamento em meses utilizou-se os testes de t de Student ou Mann Whitney a depender da distribuição da variável.

4.8 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de seres humanos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob o número 4.430.105 (ANEXO A). O projeto que originou os dados iniciais deste trabalho foi aprovado no comitê de ética da Escola Bahiana de Medicina, sob o número do parecer 410.493 de 2009. Na ocasião, todos os pacientes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como se trata de um novo objetivo, as pacientes que continuaram o acompanhamento no ambulatório foram apresentadas a um novo TCLE. Para os que não estavam mais sendo acompanhados, foi solicitado ao CEP a dispensa do novo TCLE. Diante disso, a participação de todos os indivíduos foi totalmente voluntária e confidencial. Ademais, não foi oferecida nenhuma

compensação financeira. Os pacientes que não concordaram em participar do estudo, o acompanhamento foi mantido normalmente.

5 RESULTADOS

A amostra do trabalho consiste em um total de 343 pacientes, sendo a maioria mulheres 310 (90,4%) e 33 homens (9,6%). A mediana da idade dos pacientes é de 46 [34 – 54] anos e mediana do IMC de 36 [31 – 40] Kg/m². Além disso, foi possível perceber que há uma maior prevalência de pacientes pardos, com ensino médio completo e classificados com grau de obesidade I. Ademais, a média da duração do acompanhamento multiprofissional no Ambulatório é de aproximadamente 3 anos, sendo que 33,5% dos pacientes não permaneceram o acompanhamento por no mínimo 1 ano e a duração máxima dos que permaneceram no programa foi de 13 anos. Esses dados clínicos ficam evidenciados na Tabela 1.

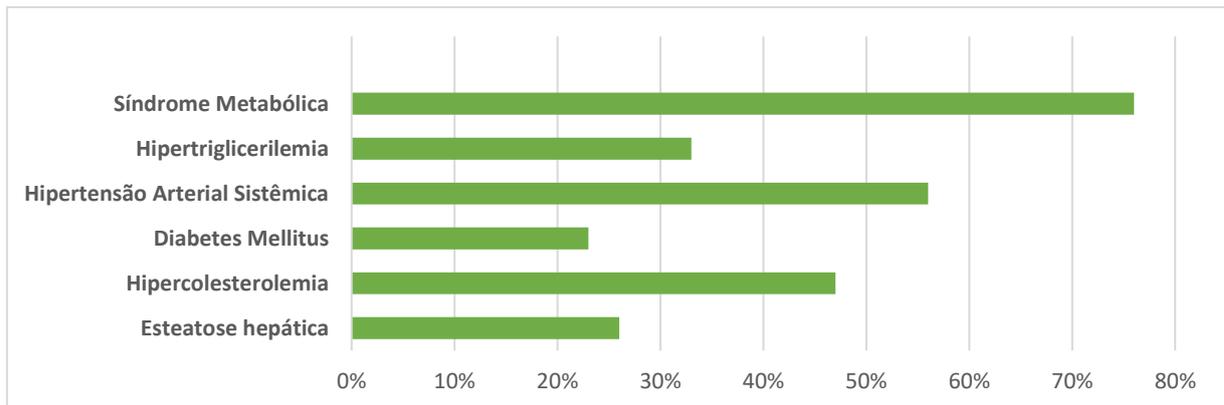
TABELA 1 – Dados clínicos e demográficos da amostra de primeira consulta dos pacientes do Projeto para Estudo de Excesso de Peso (PEPE).

Variáveis clínicas	Valores
Sexo feminino (%)	310 (90,4)
Sexo masculino (%)	33 (9,6)
Idade (anos)	46 [34 - 54]
Peso (Kg)	90,7 [79,6 - 103,6]
IMC (Kg/m ²)	36 [31 - 40]
Renda (salários-mínimos)	1,7 [1 - 2,5]
Raça (%)	Branco: 29 (9,6) Pardo: 157 (52) Preto: 113 (37,4)
Escolaridade (%)	Analfabeto: 5 (1,6) Ensino Fundamental: 101 (31,6) Ensino Médio: 174 (54,4) Ensino Superior: 21 (6,6)
Grau de obesidade (%)	Sobrepeso: 46 (14,2) Grau I: 99 (30,60) Grau II: 94 (29) Grau III: 85 (26,2)
Duração de acompanhamento (anos)	3 [0 - 13]

Fonte: próprio autor

A partir do gráfico (Figura 01) abaixo pode-se perceber que há uma prevalência maior das comorbidades Síndrome Metabólica (76%) e Hipertensão Arterial Sistêmica (56%) nos pacientes que participaram do PEPE.

FIGURA 01 – Prevalência de comorbidades no grupo de pacientes estudado



Fonte: próprio autor

Nos dados obtidos na comparação dos pacientes que permaneceram no programa por mais de 1 ano e os que abandonaram com menos de 1 ano, percebe-se que a proporção de abandono não teve diferença entre os gêneros, porém teve uma tendência a significância para as mulheres ($p = 0,053$). Também, foi constatado que pacientes com obesidade permaneceram por mais tempo no programa ($p < 0,05$) do que aqueles com sobrepeso, entretanto em relação aos graus de obesidade não se observou diferença ($p = 0,554$). Além disso, dos pacientes que permaneceram, não se constatou diferença nas raças ($p = 0,108$). Em relação à escolaridade os que possuíam Ensino Médio completo foram de maior prevalência ($p < 0,05$), como pode ser analisado na Tabela 2.

TABELA 2 – Características dos pacientes que permaneceram e abandonaram o programa.

Variáveis clínicas	Acompanhamento por mais de um ano N= 228	Abandono do tratamento N= 115	Valor de p
Sexo feminino (%)	210 (67,09)	100 (32,25)	0,053
Sexo masculino (%)	18 (54,6)	15 (45,5)	0,053
Raça (%)	Branco: 21 (10,2) Pardo: 105 (51) Preto: 80 (38,8)	Branco: 8 (8,5) Pardo: 52 (55,3) Negro: 31 (33)	0,108
Escolaridade(%)	Analfabeto: 4 (1,8) Ensino Fundamental: 81 (37,2) Ensino Médio: 119 (54,6) Ensino Superior: 10 (4,6)	Analfabeto: 1 (1) Ensino Fundamental: 19 (19) Ensino Médio: 54 (54) Ensino Superior: 11 (11)	<0,050
Grau de Obesidade (%)	Sobrepeso:35 (15,8) Grau I: 69 (31,2) Grau II: 61 (27,6) Grau III: 56 (25,3)	Sobrepeso: 11 (10,9) Grau I: 29 (28,7) Grau II: 33 (32,7) Grau III: 28 (27,7)	0,554

Fonte: próprio autor

Em uma comparação de variáveis clínicas contínuas é possível perceber que pacientes de maior idade permaneceram mais no programa. Em relação às outras variáveis contínuas (peso, IMC e renda) não se obteve valor de diferença significativa entre os diferentes grupos comparados, como mostra a Tabela 3.

TABELA 3 – Comparação entre variáveis clínicas dos pacientes que permaneceram ou abandonaram o programa.

Variáveis clínicas	Permanência do tratamento N= 228	Abandono do tratamento N= 115	Valor de p
Idade (anos)	48 [38 - 56]	38 [32 - 50]	< 0,050
Peso (Kg)	88 [77 - 102]	95 [85 - 108]	0,105
IMC (Kg/m ²)	35 [31 - 40]	36 [33 - 40]	0,175
Renda (salários-mínimos)	1,5 [1 - 2]	2,0 [1,3 - 3]	0,063

Fonte: próprio autor

Através dos dados coletados sobre as comorbidades Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Hipercolesterolemia, Hipertrigliceridemia e Síndrome Metabólica em uma comparação entre os pacientes que permaneceram e abandonaram é possível observar que a maioria dos pacientes com Hipertensão permaneceram no projeto ($p < 0,05$), como é possível observar na Tabela 4.

TABELA 4 – Prevalência de comorbidades nos pacientes que permaneceram e abandonaram o programa.

Comorbidades	Permaneceu N= 228	Abandonou N= 115	Valor de p
Diabetes Mellitus (%)	53 (24,3)	12 (17,1)	0,212
Hipertensão Arterial Sistêmica (%)	132 (59,7)	47 (47,5)	0,049
Hipercolesterolemia (%)	101 (46,8)	33 (45,8)	0,451
Hipertrigliceridemia (%)	65 (30,5)	27 (38,6)	0,167
Síndrome Metabólica (%)	164 (77)	52 (71,2)	0,166

Fonte: próprio autor

6 DISCUSSÃO

A obesidade é uma patologia multifatorial (envolve questões sociais, físicas e emocionais) que afeta grande parte da população mundial. Segundo a ABESO, no Brasil cerca de 55,4% da população está com excesso de peso¹. Diante disso, um dos principais desafios no tratamento da obesidade é a falta de adesão dos pacientes. A terapêutica eficaz para esse problema requer uma equipe multiprofissional, que trabalhem juntas para implementar mudanças nos hábitos e estilo de vida, lidar com questões comportamentais, prescrever medicamentos e, em alguns casos específicos, sugerir cirurgia bariátrica.

Com os resultados deste estudo propõe-se avaliar os fatores que influenciam a adesão ao tratamento de pacientes com obesidade acompanhados em ambulatório especializado, bem como a identificar estratégias eficazes para melhorar essa adesão. Segundo Inelmen, uma das principais causas de falha no tratamento da obesidade é o abandono ao acompanhamento. Nesse mesmo estudo, o autor descreve que em um tratamento ambulatorial com associação a terapia comportamental, a taxa de abandono foi de 40%³². No presente estudo, após um ano de acompanhamento no mínimo a taxa de abandono foi de 43,5%, semelhante ao estudo de Inelmen.

Dos pacientes que permaneceram no PEPE por esse período, a análise dos dados deste trabalho revela um perfil com tendência a significância ($p = 0,053$) para mulheres. O que pode ser justificado pelo fato de que a população foi composta na sua maioria por mulheres (90,4%), de acordo com o que acontece com boa parte dos trabalhos relacionados à obesidade. Ademais, de acordo com Palmeira, a maior prevalência de mulheres na adesão ao tratamento da obesidade reflete o maior acesso desse gênero aos cuidados de saúde, principalmente por preocupações com a aparência física e autoestima³⁰.

Outrossim, a relutância dos homens em buscar serviços de saúde é ampliada por várias razões substanciais. Um desses motivos é o temor de receber um diagnóstico de uma condição grave, o que os leva a evitar a consulta médica. Nesse sentido, a ignorância pode ser percebida como uma forma de proteção para os homens, já que não saber significa evitar confrontar uma realidade potencialmente assustadora. Também, existe a vergonha em expor seu corpo diante do profissional de saúde, o

que representa uma barreira significativa para muitos homens. A falta de unidades de saúde específicas para atender às necessidades do sexo masculino também contribui para a dificuldade de acesso dessa população aos serviços de saúde. Esses fatores, combinados, criam um ambiente onde os homens enfrentam obstáculos consideráveis ao procurar cuidados médicos, o que pode ter consequências prejudiciais para sua saúde a longo prazo, principalmente no que tange a obesidade³³.

Houve uma maior prevalência na duração do acompanhamento por mais de 1 ano de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. Segundo a *American Heart Association*, atualmente a obesidade faz parte de um dos maiores riscos para doenças cardiovasculares, sendo um fator predisponente ao desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica. A incidência de hipertensão cresce em pacientes com sobrepeso, e a severidade da condição parece estar diretamente ligada à quantidade de gordura corporal e ao padrão de distribuição, especialmente a gordura visceral³⁴. Logo, a prevalência de pacientes com essa comorbidade por mais tempo no programa, pode ser um reflexo de um certo conhecimento sobre a importância de reduzir a gordura corporal diante das orientações cardiológicas e como parte do tratamento da hipertensão arterial sistêmica, além da necessidade do acompanhamento para manter o recebimento das medicações.

A amostra foi composta predominantemente por adultos de meia-idade (mediana de 46 anos). Os pacientes que permaneceram no programa tinham idade superior àqueles que abandonaram. Sendo a maior parte da população de mulheres, as mais jovens podem ter mais dificuldade de deixar o trabalho para estar nas consultas. Visto que, no atendimento multiprofissional, os pacientes devem dispor de tempo para ficar durante todo o turno no ambulatório, o que pode dificultar a adesão dos mais jovens.

A distribuição do índice de massa corporal (IMC), apresentou uma mediana de 36 kg/m², havendo uma predominância de pacientes com obesidade entre os que permaneceram no programa por mais de 1 ano em comparação aos pacientes com sobrepeso. Em relação à escolaridade os que possuíam Ensino Médio completo foram de maior prevalência. É importante salientar, que a questão de muitos pacientes estarem em situação socioeconômica desfavorável influencia negativamente na adesão ao tratamento da obesidade. Isso se deve ao fato de que esses indivíduos enfrentam maior vulnerabilidade e têm acesso limitado aos serviços de saúde adicionais para gerenciamento e tratamento de suas condições médicas, o que pode

levar ao surgimento de complicações associadas à obesidade. Diante disso, os fatores sociais, como nível de escolaridade e renda, exercem uma influência significativa na gestão do excesso de peso, especialmente no contexto da continuidade do tratamento. Isso se deve ao fato de que o tratamento requer mudanças nos padrões e hábitos de vida, exigindo recursos financeiros para facilitar a adoção de comportamentos saudáveis, como acesso a alimentos nutritivos e tempo disponível para a prática regular de atividades físicas³⁰.

Sobre os preditores de abandono dos pacientes em relação ao tratamento da obesidade, Palmeira e colaboradores, demonstrou em população semelhante que questões pessoais como falta de tempo, logística de locomoção e problemas no trabalho são vistos como principais fatores. Mas, no que se refere às questões estruturais do programa, a dificuldade de agendamento de horário para atendimento e a falta de vínculo estabelecido com a equipe profissional são evidenciados como os principais preditores da má adesão ao tratamento³⁰. Entre outros fatores que podem dificultar a aderência ao tratamento da obesidade, se destacam também a falta de apoio dos entes familiares, resultados negativos na perda de peso durante um tratamento prévio e ausência de motivação³². Neste trabalho, a idade mais avançada, pacientes com ensino médio completo, a presença de obesidade e Hipertensão Arterial Sistêmica foram preditores para adesão ao tratamento.

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que através deste estudo, é perceptível que o tratamento para obesidade possui diversos preditores que contribuem para a adesão ou não da terapêutica. Foi percebido que mulheres tendem a manter-se por mais tempo no tratamento do programa. Assim como, pacientes de meia idade, com ensino médio completo, hipertensos e portadores de obesidade.

Em suma, para a redução dos índices e obesidade na população é importante que seja adotada uma terapêutica multiprofissional (que abranja psicólogos, endocrinologistas, nutricionistas e educadores físicos). Portanto, o presente estudo revela a importância de estratégias eficazes para maior adesão do sexo masculino aos tratamentos. Associado a isso, faz-se necessário intervenções que conscientizem os pacientes com outras comorbidades relacionadas com a obesidade a um comprometimento ainda maior diante da aderência ao tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, ABESO. Diretrizes brasileiras de obesidade. São Paulo [Internet]. 2016. Acesso em: [28 de março de 2023]; Vol. 4. Disponível em: [https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf].
2. Jin J, Sklar GE, Min V, Oh S, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Mang* [Internet]. 2008. Acesso em: [28 de março de 2023];4(1):269-86. Disponível em: [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2147/tcrm.s1458].
3. Wanderley EN, Ferreira VA. Obesidade: uma perspectiva plural. *Cien saúde coletiva* [Internet]. 2010. Acesso em: [23 de março de 2023] ; 15(1):185-94. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v15n1/a24v15n1.pdf].
4. Mayoral LPC, Andrade GM, Mayoral EPC, Huerta TH, Canseco SP, Rodal Canales FJ, et al. Obesity subtypes, related biomarkers & heterogeneity. *Indian J Med Res* [Internet]. 2020. Acesso em: [23 de março de 2023];151(1):11. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7055173/pdf/IJMR-151-11.pdf].
5. Fernandez-Lazaro CI, García-González JM, Adams DP, Fernandez-Lazaro D, Mielgo-Ayuso J, Caballero-Garcia A, et al. Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2019. Acesso em: [23 de março de 2023];20(1):132. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6744672/].
6. Safaei M, Sundararajan EA, Driss M, Boulila W, Shapi'i A. A systematic literature review on obesity: Understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. *Comput Biol Med* [Internet]. 2021. Acesso em: [24 de maio de 2023];136:104754. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34426171/].
7. Canoy D, Bundred P. Obesity in children. *BMJ Clin Evid* [Internet]. 2011. Acesso em: [24 de maio de 2023];2011:0325. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3217765/].
8. Taianah C:, Barroso A, Almeida Barroso T, Marins LB, Alves R, Caroline A, et al. Associação Entre a Obesidade Central e a Incidência de Doenças e Fatores de Risco Cardiovascular. *Int J of Cardiovasc Sci* [Internet]. 2017. Acesso em: [24 de maio de 2023];30(5):416–24. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/ijcs/a/8s8L4ZMZT4pyKDr5LP5vybT/?format=pdf&lang=pt].

9. Bhupathiraju SN, Hu FB. Epidemiology of Obesity and Diabetes and Their Cardiovascular Complications. *Circ Res* [Internet]. 2016. Acesso em: [24 de maio de 2023];118(11):1723–35. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27230638/].
10. Al-Sulaiti H, Diboun I, Agha M V., Mohamed FFS, Atkin S, Dömling AS, et al. Metabolic signature of obesity-associated insulin resistance and type 2 diabetes. *J Transl Med* [Internet]. 2019. Acesso em: [24 de maio de 2023];17(1):348. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31640727/].
11. Boles A, Kandimalla R, Reddy PH. Dynamics of diabetes and obesity: Epidemiological perspective. *Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis* [Internet]. 2017. Acesso em: [24 de maio de 2023];1863(5):1026–36. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28130199/].
12. Apovian CM. Obesity: Definition, Comorbidities, Causes, and Burden. *Am J Manag Care* [Internet]. 2016. Acesso em: [24 de maio de 2023];22(7Suppl):s176-85. Disponível em: [https://www.ajmc.com/view/obesity-definition-comorbidities-causes-burden].
13. Alvarez-Nemegyei J, Pacheco-Pantoja E, González-Salazar M, López-Villanueva RF, May-Kim S, Martínez-Vargas L, et al. Association between overweight/obesity and clinical activity in rheumatoid arthritis. *Reumatol Clin (Engl)* [Internet]. 2020. Acesso em: [24 de maio de 2023];16(6):462–7. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30583870/].
14. Karlsson C, Lindell K, Ottosson M, Sjöström L, Carlsson B, Carlsson LMS. Human adipose tissue expresses angiotensinogen and enzymes required for its conversion to angiotensin II. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 1998. Acesso em: [24 de maio de 2023];83(11):3925–9. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9814470/].
15. Maenhaut N, Van de Voorde J. Regulation of vascular tone by adipocytes. *BMC Med* [Internet]. 2011. Acesso em: [24 de maio de 2023];9:25. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21410966/].
16. Briones AM, Cat AND, Callera GE, Yogi A, Burger D, He Y, et al. Adipocytes produce aldosterone through calcineurin-dependent signaling pathways: implications in diabetes mellitus-associated obesity and vascular dysfunction. *Hypertension* [Internet]. 2012. Acesso em: [24 de maio de 2023];59(5):1069–78. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22493070/].
17. Wilson PWF, D’agostino RB, Sullivan L, Parise H, Kannel WB. Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: The Framingham experience. *Arch Intern Med* [Internet]. 2002. Acesso em: [24 de maio de 2023];162(16):1867-72. Disponível em: [https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/212796].
18. Lavie CJ, Milani R V., Ventura HO. Obesity and cardiovascular disease: risk factor, paradox, and impact of weight loss. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2009. Acesso em: [24 de maio de 2023];53(21):1925-32. Disponível em:

- [<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109709007463?via%3Dihub>].
19. Ruban A, Stoenchev K, Ashrafian H, Teare J. Current treatments for obesity. *Clin Med (Lond)* [Internet]. 2019. Acesso em: [24 de maio de 2023];(3):205-212. Disponível em: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6542229/>].
 20. Aaseth J, Ellefsen S, Alehagen U, Sundfør TM, Alexander J. Diets and drugs for weight loss and health in obesity - An update. *Biomed Pharmacother* [Internet]. 2021. Acesso em: [24 de maio de 2023];140:111789. Disponível em: [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34082399/>].
 21. Lu X, Jin Y, Li D, Zhang J, Han J, Li Y. Multidisciplinary Progress in Obesity Research. *Genes (Basel)* [Internet]. 2022. Acesso em: [24 de maio de 2023];13(10):1772. Disponível em: [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36292657/>].
 22. Arterburn DE, Courcoulas AP. Bariatric surgery for obesity and metabolic conditions in adults. *BMJ* [Internet]. 2014. Acesso em: [24 de maio de 2023];349:g3961. Disponível em: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4707708/>].
 23. Cummings DE, Weigle DS, Frayo RS, Breen PA, Ma MK, Dellinger EP, et al. Plasma ghrelin levels after diet-induced weight loss or gastric bypass surgery. *N Engl J Med* [Internet]. 2002. Acesso em: [24 de maio de 2023];346(21):1623–30. Disponível em: [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12023994/>].
 24. Le Roux CW, Welbourn R, Werling M, Osborne A, Kokkinos A, Laurenus A, et al. Gut hormones as mediators of appetite and weight loss after Roux-en-Y gastric bypass. *Ann Surg* [Internet]. 2007. Acesso em: [24 de maio de 2023];246(5):780–5. Disponível em: [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17968169/>].
 25. Wing RR, Lang W, Wadden TA, Safford M, Knowler WC, Bertoni AG, et al. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2011. Acesso em: [24 de maio de 2023];34(7):1481–6. Disponível em: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3120182/>].
 26. Palmeira C, Garrido L, Santana P. Fatores intervenientes na adesão ao tratamento da obesidade. *Cien Enferm* [Internet]. 2016. Acesso em: [24 de maio de 2023];22(1):11-22. Disponível em: [https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v22n1/art_02.pdf].
 27. Paixão C, Dias CM, Jorge R, Carraça E V., Yannakoulia M, de Zwaan M, et al. Successful weight loss maintenance: A systematic review of weight control registries. *Obes Rev* [Internet]. 2020. Acesso em: [24 de maio de 2023];21(5):e13003. Disponível em: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9105823/>].

28. Nedunchezhiyan U, Varughese I, Sun AR, Wu X, Crawford R, Prasadam I. Obesity, Inflammation, and Immune System in Osteoarthritis. *Front Immunol* [Internet]. 2022. Acesso em: [24 de maio de 2023];13:907750. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35860250/].
29. Racette SB, Deusinger SS, Deusinger RH. Obesity: overview of prevalence, etiology, and treatment. *Phys Ther* [Internet]. 2003. Acesso em: [24 de maio de 2023];83(3):276–88. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12620091/].
30. Palmeira CS, Novais I, Santos VRS, Lima ML. Aspectos motivacionais do abandono do tratamento de obesidade. *Rev Enferm Contemp* [Internet]. 2019. Acesso em: [24 de maio de 2023];8(2):154–163. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/336817934_Aspectos_motivacionais_do_abandono_do_tratamento_de_obesidade].
31. World Health Organization. Obesity [Internet]. 2021. Acesso em: [24 de maio de 2023]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/6-facts-on-obesity].
32. 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 Obes (Lond)* [Internet]. 2005. Acesso em: [19 de março de 2024];29(1):122–8. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15545976/].
33. Gomes R, Do Nascimento EF, De Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2007. Acesso em: [19 de março de 2024];23(3):565–74. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/csp/a/rQC6QzHKh9RCH5C7zLWNMvJ/abstract/?lang=pt].
34. Galvão R, Kohlmann Jr O. Hipertensão arterial no paciente obeso. *Rev Bras de Hipertens* [Internet]. 2002. Acesso em: [19 de março de 2024];9(3):262-267. Disponível em: [http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaooobeso.pdf].

APÊNDICE A

(para utilização do pesquisador)			
Data: ___/___/___		Entrevistador: _____	
Registro _____		Número: _____	
Data da última consulta: _____		Duração do acompanhamento: _____	
1-Identificação			
Nome: _____			Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Fem <input type="checkbox"/> 2. Masc
Endereço: _____			
Bairro: _____		Cidade: _____	
CEP: _____		Telefone fixo _____ Celular: _____	
Escolaridade: _____		Renda Informada: _____	
Data de Nascimento: ___/___/___	Idade: _____	Cor da pele	<input type="checkbox"/> 1. Branco <input type="checkbox"/> 2. Pardo <input type="checkbox"/> 3. Negro
2-Marque com um X se o paciente referir estas doenças			
1. <input type="checkbox"/> Disglicemia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Glicemia alterada sem diagnóstico de DM		6. <input type="checkbox"/> Doença da tireoide <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo <input type="checkbox"/> Nódulo	
2. <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial - Pressão Alta		7. <input type="checkbox"/> Problema na vesícula	
3. <input type="checkbox"/> Dislipidemia – Gordura no sangue		8. <input type="checkbox"/> Neuropatia Periférica – dormências nos pés	
4. <input type="checkbox"/> Esteatose hepática - Gordura no fígado		9. <input type="checkbox"/> Pé diabético – úlceras nos pés	
5. <input type="checkbox"/> Cardiopatias – Doença do coração <input type="checkbox"/> IAM ou angina <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> DVP		10. <input type="checkbox"/> Nefropatia - doença nos rins	
3-História do Excesso de Peso			
Início da obesidade: <input type="checkbox"/> Infância (até 11a) <input type="checkbox"/> Adolescência (12 aos 18) <input type="checkbox"/> Idade adulta (> 18 a)			
Fatores desencadeantes			
<input type="checkbox"/> Após Casamento			
<input type="checkbox"/> Durante ou após gestações			
<input type="checkbox"/> Anticoncepcionais			
<input type="checkbox"/> Menopausa <input type="checkbox"/> Com TRH <input type="checkbox"/> Sem TRH			
<input type="checkbox"/> Parou de fumar			

Tratamento Prévio para obesidade: Sim Não**4. Sintomas Associados** Roncos Sonolência Edema de MMII Tontura Dor lombar Dor articular Claudicação Síncope Dor precordial Tosse Azia

Outros sintomas:

4. Hábitos de vida

Fuma

 1.Sim 2.Não

Atividade física

 1. Sim 2. Não**5. Exame físico**

PA 1 (início) _____

Peso (início): _____

Circ. Braço: _____

Altura: _____

IMC (início): _____

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITO DO ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL NO CONTROLE DO EXCESSO DE PESO E COMORBIDADES EM MULHERES OBESAS: UMA COORTE RETROSPECTIVA

Pesquisador: Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39743220.0.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.430.105

Apresentação do Projeto:

Estudos comprovam que a perda de peso sustentada de 3% a 5% causa a redução significativo de fatores de risco cardiometabólicos, sendo que quanto maior essa perda, maior o benefício. Para o tratamento e prevenção, é imprescindível que haja medidas não apenas medicamentosa, mas também educativas, que estimulem a adesão terapêutica do paciente, a alimentação saudável e a prática física regular. Dessa forma, acredita-se que o acompanhamento multiprofissional – médico, enfermeiro, nutricionista e psicólogo, entre outros profissionais – seja um ponto significativo no controle do excesso de peso e, consequentemente, das doenças relacionadas.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Avaliar o efeito do acompanhamento multiprofissional no controle do excesso de peso em mulheres obesas atendidas em ambulatório multiprofissional especializado do SUS.

Objetivo Secundário:

1. Descrever a frequência de comorbidades associada à obesidade nas pacientes estudadas
2. Avaliar o efeito do acompanhamento multidisciplinar no perfil glicêmico e lipídico das pacientes
3. Descrever a incidência de diabetes mellitus e intolerância à glicose em pacientes previamente euglicêmicas
4. Avaliar o efeito do acompanhamento multiprofissional no controle da pressão arterial

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTIAS

CEP: 40.285-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1821

E-mail: cep@bahiana.edu.br