

---

# Adesão ao tratamento nutricional por pacientes atendidos na Clínica de Nutrição Escola da Universidade Paulista

*Adherence to nutritional treatment by patients attending the School Nutrition Clinic of the Paulista University*

Michele Gouveia dos Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Curso de Nutrição da Universidade Paulista, São Paulo-SP, Brasil.

---

## Resumo

**Objetivo** – Avaliar a adesão ao tratamento nutricional de acordo com a caracterização dos pacientes da Clínica de Nutrição Escola da Universidade Paulista, de modo a fornecer informações mais detalhadas acerca do público atendido e permitir o planejamento de ações que favoreçam o seguimento do tratamento dietético. **Métodos** – Para averiguação dos dados as variáveis de interesse foram coletadas a partir dos prontuários dos pacientes atendidos no período de janeiro de 2016 a junho de 2017, de ambos os sexos e de variadas faixas etárias. **Resultados** – A maior parte dos pacientes (69%) não retornou para o recebimento do plano alimentar. Apenas 4% aderiram ao tratamento sugerido e 1% permanece em acompanhamento regular. **Conclusão** – Diante do cenário observado, os dados de baixa adesão reforçam a necessidade de que o processo de educação nutricional passe por mudanças estruturais, baseado em modelos de ensino que criem possibilidades para a produção de resultados e não visem apenas a disseminação de conhecimento.

**Descritores:** Avaliação nutricional; Comportamento alimentar; Educação alimentar e nutricional

## Abstract

**Objective** – To evaluate the adherence to nutritional treatment according to the characterization of the patients of the Nutrition Clinic School of Universidade Paulista, in order to provide more detailed information about the public served and to allow the planning of actions that favor the follow-up of the treatment. **Methods** – The variables of interest were collected from the charts of the patients attending from January 2016 to June 2017, of both sexes and of various age groups. **Results** – Most patients (69%) did not return to the food plan receipt. Only 4% adhered to the suggested treatment and 1% remained in regular follow-up. **Conclusion** – In view of the observed scenario, low adherence data reinforce the need for the nutritional education process to undergo structural changes based on teaching models that create possibilities for the production of results and not only aim at the dissemination of knowledge.

**Descriptors:** Nutritional assessment; Food behavior; Food and nutritional education

---

## Introdução

A demanda por orientações nutricionais para perda de peso tem aumentado nos últimos anos, fato que está relacionado com a alta incidência de sobrepeso e obesidade e com a busca pelo padrão estético magro idealizado como modelo de beleza pela sociedade<sup>1,2</sup>.

Sabe-se que o tratamento para perda de peso é embasado nas intervenções para modificação do estilo de vida, na orientação dietoterápica, na prática de atividade física e em mudanças comportamentais. No entanto, a porcentagem de pacientes que não consegue atingir resultados satisfatórios com essas medidas conservadoras é alta<sup>3</sup>.

A baixa adesão dos indivíduos às prescrições dietéticas é vista como um fator determinante do insucesso na perda de peso almejada. No entanto, a não aderência ao tratamento prescrito está atribuída a dificuldade na mudança do estilo de vida e nos hábitos alimentares<sup>4</sup>.

O conceito de adesão pode ser compreendido como o conjunto de ações cujo principal objetivo é o seguimento de orientações, isto é, a frequência de consultas, adesão os cuidados à terapia medicamentosa e não medicamentosa e a conduta adotada pelo paciente<sup>5,6</sup>.

Diversos fatores repercutem na adesão ao tratamento, como as questões internas do próprio paciente em re-

lação à disposição e a motivação em submeter-se à terapia, sua capacidade de adaptar-se a tratamentos específicos, apoio social e a determinação do paciente quanto ao esforço que pode fazer para alcançar seus objetivos. Além disso, a relação paciente-profissional interfere diretamente na adesão do indivíduo ao tratamento<sup>6</sup>.

O principal desafio dos profissionais da área da saúde é a mudança, ou ao menos, a melhora do comportamento alimentar, sendo considerada uma área complexa que exige uma intervenção multidisciplinar e interdisciplinar<sup>7</sup>. É necessário compreender que o comportamento alimentar abrange outros aspectos como, fatores nutricionais, demográficos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos. Além de fatores como a mídia, preferências e hábitos alimentares, escolhas e disponibilidade de alimentos que, na maioria das vezes, também causam uma influência negativa no comportamento alimentar<sup>8</sup>.

A estratégia para a mudança comportamental deve ser específica às necessidades e à situação de cada indivíduo. O paciente deve reconhecer que existe o problema e, principalmente, que existe de fato o desejo de mudá-lo<sup>9</sup>. Ao se tratar de mudança de comportamento são utilizadas técnicas de aconselhamento,

estratégias motivacionais e programas de educação nutricional, assim como a estruturação de metas e condutas realistas<sup>7</sup>.

Comumente, as pessoas tendem a associar os alimentos prazerosos como proibidos e os saudáveis como obrigatórios, deste modo a dieta acaba se tornando algo desagradável levando os indivíduos a abandonarem o tratamento. É neste momento que as dietas alternativas ganham maior visibilidade, visto que estão associadas à ausência de sacrifícios e consequentemente possuem melhor adesão pelos pacientes<sup>10</sup>.

As ações de educação alimentar e nutricional são instrumentos importantes na promoção da saúde, pois, induzem a população a refletir sobre o seu comportamento alimentar por meio da conscientização sobre a importância da alimentação para a saúde, permitindo a transformação e o resgate dos hábitos alimentares tradicionais<sup>11</sup>.

Considerando a complexidade do tratamento, sua característica prolongada e a exigência quanto ao nível de adesão para alcance dos objetivos, é fundamental que as equipes de saúde identifiquem possíveis dificuldades e recorram a orientações terapêuticas simplificadas, direcionando e auxiliando no manejo comportamental da adesão<sup>5</sup>.

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a adesão ao tratamento nutricional de acordo com a caracterização dos pacientes da Clínica de Nutrição Escola da Universidade Paulista, de modo a fornecer informações mais detalhadas acerca do público atendido e permitir o planejamento de ações que favoreçam o seguimento do planejamento dietético.

## Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, realizado por meio dos dados obtidos de prontuários dos pacientes atendidos na Clínica de Nutrição Escola da Universidade Paulista, localizada na região central da cidade de São Paulo. Para a realização do estudo foram utilizados 300 prontuários de pacientes atendidos no período de janeiro de 2016 a junho de 2017, de ambos os sexos e de variadas faixas etárias.

As variáveis de interesse — gênero, faixa etária, estado nutricional, perda ou ganho de peso, comorbidades e número de retornos — foram coletadas a partir da ficha de atendimento nutricional aplicada em primeira consulta, a qual é constituída por dados socio-demográficos, clínicos e antropométricos dos pacientes. Após a primeira consulta, prosseguia-se ao agendamento da antropometria, e posteriormente, da entrega do cardápio, com intervalos de retorno variáveis entre 20 dias a 1 mês.

Como critério de inclusão participaram da pesquisa todos os pacientes atendidos no ano de interesse, que contribuíram com suas informações durante as consultas, sendo excluídos participantes cujos dados dos prontuários fossem insuficientes ou incompletos.

O método de avaliação foi realizado por meio da elaboração de um banco de dados composto por todos

os pacientes atendidos na clínica no último ano, com as variáveis de interesse existentes nos prontuários dos mesmos. A assiduidade dos pacientes às consultas nutricionais foi quantificada de acordo com o número de retornos que o paciente apresentou durante o acompanhamento, de maneira que, o número 0 (zero) significava que o paciente compareceu apenas uma vez à consulta e não retornou para a avaliação antropométrica e o recebimento da dieta; o número 1 (um) indicava que o paciente recebeu a dieta, porém, não compareceu às consultas de retorno e os números 2, 3, 4 em diante representavam o número de retornos que o paciente apresentou após o recebimento do plano nutricional.

Foi considerado assíduo, o paciente que retornou às consultas 3 vezes ou mais após o recebimento da dieta, totalizando acompanhamento de, no mínimo, cinco ou seis meses, dependendo do intervalo entre os retornos (20–30 dias).

Para a avaliação da adesão ao tratamento dietoterápico, averiguou-se os pacientes que atingiram objetivos de perda ou ganho de peso estipulado por eles mesmos durante a anamnese, de modo que, consideravam-se pacientes que aderiram ao tratamento aqueles que perdessem ou ganhassem no mínimo 3 kg, dependendo de seu objetivo. Os índices de adesão também foram avaliados segundo o gênero, faixa etária e estado clínico.

Os dados foram estruturados em tabelas e gráficos para melhor visualização dos resultados obtidos. Para tabulação e análise dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel, versão 2013.

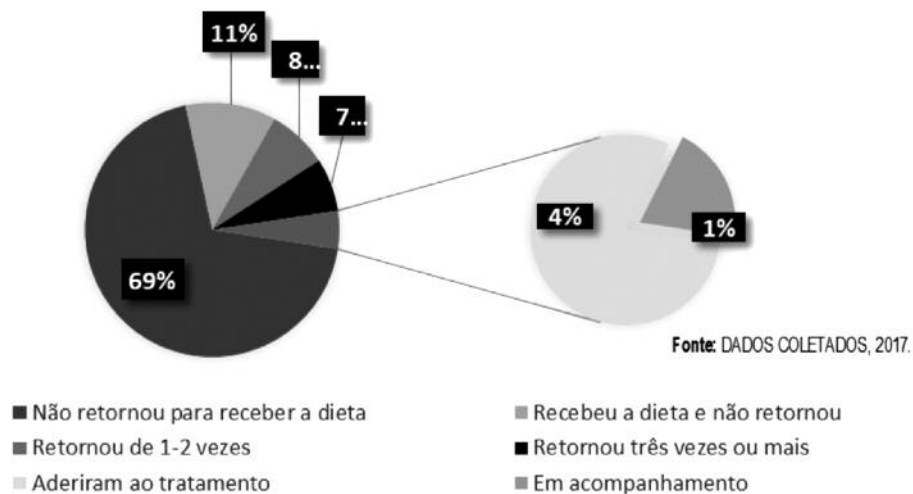
A coleta dos dados dos prontuários de pacientes atendidos na clínica foi aprovada pelo diretor geral da instituição. O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Paulista, aprovou a realização desta pesquisa e a protocolou sob o parecer 2.340.489/17 CEP/ICS/UNIP, CAAE: 1 78701717.0.0000.5512.

## Resultados e Discussão

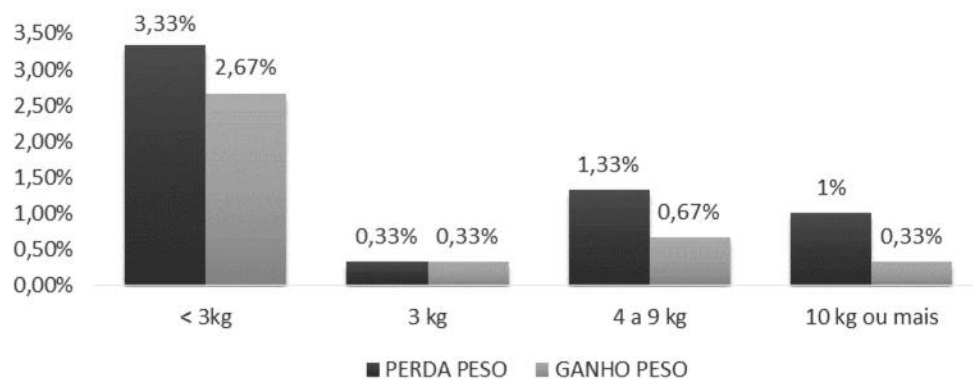
Foram analisados 300 prontuários de pacientes, sendo que 77% eram de pessoas do sexo feminino. A idade média dos pacientes foi de 34 anos variando entre 7 a 85 anos. Quanto ao estado nutricional, 37% da amostra apresentaram obesidade em diferentes graus, sendo mais prevalente a obesidade de grau I (25%) e o sobrepeso (32%), dados que reforçam a tendência ao excesso de peso (53,8%) e obesidade (18,9%) estimados pela VIGITEL 2016<sup>12</sup>.

Da assiduidade às consultas e adesão (Gráfico 1), 11% dos pacientes compareceram apenas para o recebimento da dieta individualizada, 7% retornaram três vezes ou mais após a entrega do plano alimentar, porém, só 4% aderiram ao tratamento e alcançaram seus objetivos. Sendo que, cerca de 96% dos pacientes não aderiram ao tratamento prescrito.

O número médio de retornos por pacientes foi de dois retornos, sendo um para o recebimento da dieta e outro posterior a entrega do cardápio. A qual se asse-



**Gráfico 1.** Adesão ao tratamento nutricional por pacientes atendidos na Clínica de Nutrição Escola da Universidade Paulista, 2016-2017



**Fonte:** DADOS COLETADOS, 2017.

**Gráfico 2.** Resultados de perda ou ganho de peso obtidos pelos pacientes que aderiram ao tratamento nutricional. Clínica de Nutrição Escola, UNIP, 2016-2017

melha aos resultados encontrados por Callejon e Paternez<sup>13</sup> em um estudo avaliando o retorno dos 298 pacientes atendidos em uma Clínica de Nutrição da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, no qual se observou que 44,6% dos pacientes compareceram as consultas apenas duas vezes.

Em relação à perda de peso (Gráfico 2), a maioria dos pacientes perdeu menos do que 3 kg (3,33%), incluindo aqueles que frequentaram às consultas 6 vezes ou mais. Fato este que também foi observado em outros estudos<sup>14,15</sup>.

A perda de peso foi inversamente proporcional ao número de consultas, de modo que, pacientes que tiveram até 4 retornos (um para o recebimento da dieta e mais três) perderam de 4-11 kg, enquanto aqueles que apresentaram 7-8 retornos perderam até 3 kg. Os pacientes que permaneceram em acompanhamento regular (mais de 30 consultas) perderam mais de 10 kg.

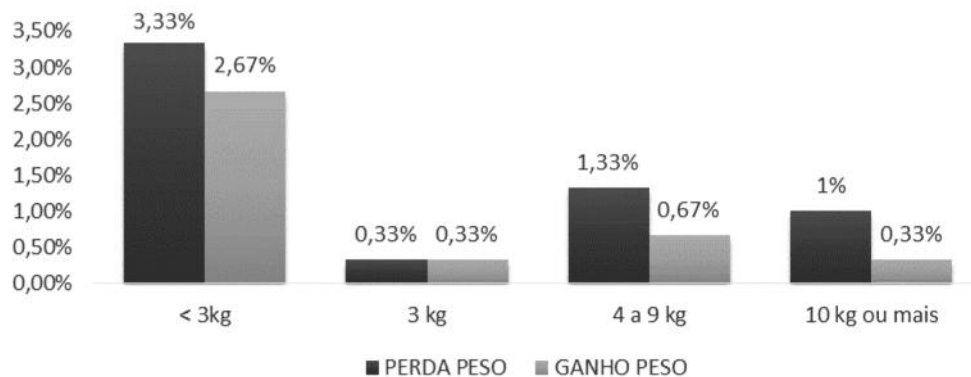
Tendo em vista que uma dieta hipocalórica promove, em média, uma redução de 500 kcal/dia, proporcionando um déficit de 3500 kcal/semana, e que a consulta

na Clínica Escola da Universidade Paulista era marcada a cada 30 dias, a perda de peso esperada para os pacientes que frequentaram 6 consultas ou mais, tempo correspondente a, no mínimo, 5 meses, seria em torno de 10 kg. No entanto, os resultados demonstraram que os pacientes perderam em média 4,22 kg, ou seja, apenas 42,2% do esperado.

Outros autores também observaram que a perda de peso dos pacientes por diferentes protocolos de dieta hipocalórica foi inferior a 50% do esperado<sup>14,16</sup>.

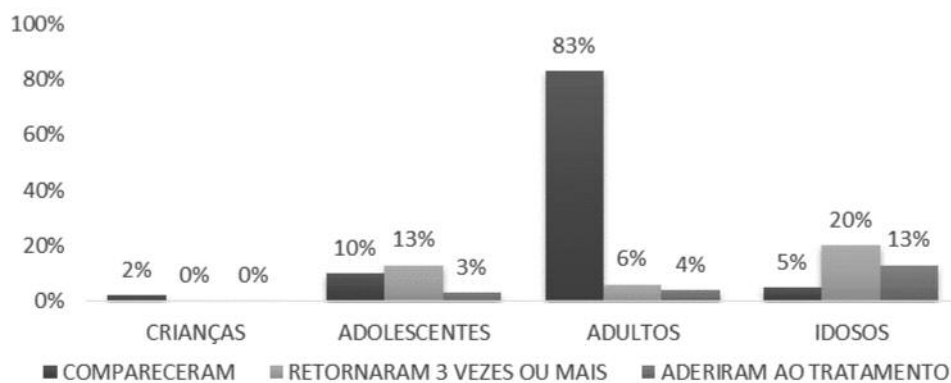
Viana et al.<sup>17</sup>, destaca que as principais condições para promover uma perda de > 5% de peso nos pacientes, são maiores números de consultas e menor intervalo entre os retornos.

Em relação à adesão segundo o gênero (Gráfico 3), apesar da predominância do público feminino na procura pelos serviços de nutrição (77%) ser relativamente maior do que a dos homens (23%), foi observado que o público masculino apresentou melhor adesão ao tratamento (12%).



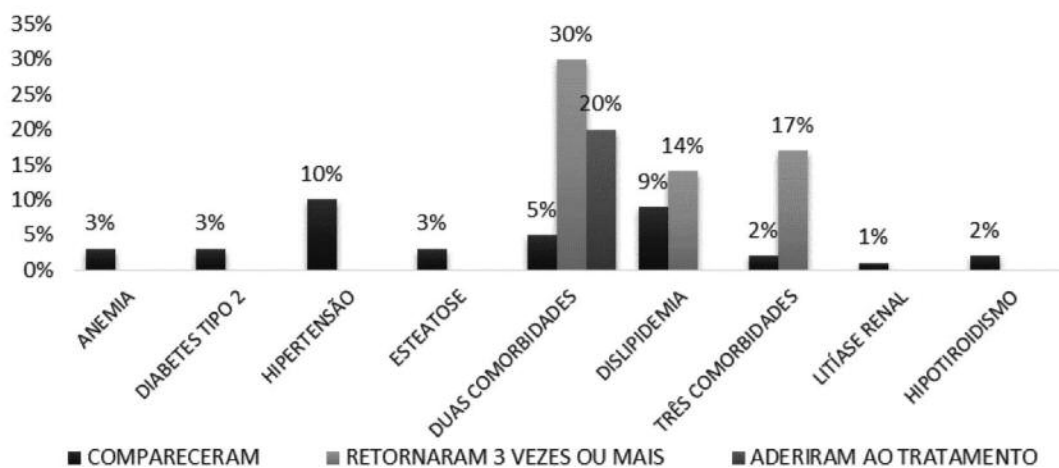
Fonte: DADOS COLETADOS, 2017.

Gráfico 3. Adesão dos pacientes ao tratamento nutricional segundo o gênero. Clínica de Nutrição Escola, UNIP, 2016-2017



Fonte: DADOS COLETADOS, 2017.

Gráfico 4. Adesão dos pacientes ao tratamento nutricional segundo a faixa etária. Clínica de Nutrição Escola, UNIP, 2016-2017



Fonte: DADOS COLETADOS, 2017.

Gráfico 5. Adesão dos pacientes ao tratamento nutricional segundo o estado clínico. Clínica de Nutrição Escola, UNIP, 2016-2017

A predominância das mulheres na busca pelos serviços foi relacionada, por outros autores, à maior preocupação com a estética e saúde em relação aos homens<sup>15,18</sup>.

Teixeira et al.<sup>19</sup>, acompanharam 158 mulheres adultas com excesso de peso submetidas à terapia em grupo para mudança de comportamento, e verificaram como principais determinantes de desistência, nos primeiros quatro meses do tratamento, a falta de tempo para a participação, insatisfação com o programa, problemas pessoais e limitações de saúde.

Os motivos pelos quais alguns indivíduos sustentam comportamentos de adesão e não-adesão ainda não estão bem estabelecidos. Estudos sugerem que um dos fatores preditores que determinam a adesão é ser do sexo masculino, além do grau de motivação pessoal, ser mais ativo, ter idade avançada, apresentar IMC menor, ausência de tratamentos anteriores e de história familiar de obesidade<sup>19,20</sup>.

A ampla divulgação da Clínica de Nutrição na Universidade a qual pertence resultou em um número considerável de estudantes (17-18 anos), classificados como adolescentes, que procuraram pelos serviços (10%) (Gráfico 4).

Entretanto, o grupo que demonstrou maior assiduidade às consultas (20%) e adesão ao tratamento (13%), foi o grupo dos idosos ( $\geq 65$  anos). As crianças (7-11 anos), no que lhe concerne, não apresentaram índices de retorno e adesão, sendo que todas elas compreendiam diagnóstico para sobrepeso ou obesidade, reforçando a necessidade de um acompanhamento específico.

A literatura tem mostrado que, geralmente, jovens e adultos possuem menor adesão quando comparado a pacientes de idade mais avançada, uma vez que o idoso tende a se preocupar mais com a saúde, e se apega ao tratamento como possibilidade de prolongamento da vida<sup>21,22</sup>.

Os adolescentes se caracterizam por não estarem preocupados com a possibilidade de desenvolver doenças em decorrência de uma má alimentação. Normalmente, esses indivíduos se interessam mais pela estética e pela busca de resultados rápidos, contribuindo para o não-seguimento da prescrição nutricional<sup>13</sup>.

A baixa adesão das crianças a terapia nutricional tem sido discutida devido à dependência de cuidados, uma vez que o seguimento do plano alimentar está vinculado ao suporte familiar. A escolha, compra e preparação dos alimentos, o estabelecimento de horário para as refeições e a presença às consultas dependem, sobretudo, do envolvimento da família no cuidado e favorecimento das condições para a adesão<sup>23,24</sup>.

Germann, Kirschenbaum e Rich<sup>25</sup>, realizaram um estudo com crianças com sobrepeso e observaram que quando os cuidadores estavam envolvidos na condição experimental, os resultados eram mais favoráveis à redução de peso e/ou manutenção da perda de peso.

Dentre as patologias referidas (Gráfico 5), houve predominância de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) (10%) e Dislipidemia (9%) em relação a pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 (3%), fato que está relacionado com a alta prevalência

de HAS no Brasil (25,7%) e menor índice de diabetes (8,9%)<sup>12</sup>.

Os pacientes que obtiveram maior índice de adesão, bem como maior assiduidade as consultas, foram aqueles que relataram ter duas comorbidades associadas (20%) (Diabetes tipo 2 e Hipertensão ou Diabetes tipo 2 e Dislipidemia ou Hipertensão e Dislipidemia). Os pacientes que referiram três comorbidades associadas apresentaram boa assiduidade as consultas (17%), porém, não demonstraram indicadores de adesão. Os demais pacientes que apresentaram uma única comorbidade não retornaram, ou compareceram apenas para a entrega do cardápio.

Vários estudos destacam que a compreensão da gravidade da patologia pelo doente está associada a uma maior aderência a terapia nutricional. No entanto, as doenças assintomáticas, o desconhecimento da importância do tratamento e as barreiras sociais e econômicas podem influenciar na percepção favorável ou desfavorável para a adoção das medidas terapêuticas, e principalmente na motivação intrínseca para seguir prescrições restritivas e incompatíveis com o estilo de vida atual desses indivíduos<sup>26,27</sup>.

Apesar da fundamentação do tratamento efetivo para as doenças crônicas não transmissíveis, seu controle encontra-se longe do considerado ideal devido à baixa adesão às orientações propostas<sup>28,29</sup>.

É relevante que os educadores em saúde encorajem os indivíduos portadores de comorbidades a assumir a responsabilidade do autocuidado, de modo a incentivar a encontrar, no âmbito de suas possibilidades, a adoção de hábitos de vida saudáveis, e desta forma, promover o controle e a prevenção de agravos de sua doença<sup>27</sup>.

O tempo escasso pode ter sido um dos fatores que contribuiu para baixa adesão às consultas, uma vez que os atendimentos são realizados em horários em que parte dos pacientes estão exercendo suas funções (das 8 às 10h ou das 14 às 16h), o que também explica melhor aderência e assiduidade pelos idosos que costumam ter maior disponibilidade de horários.

O fato dos atendimentos serem realizados pelos estagiários de nutrição, sob supervisão, e estes atuarem na clínica apenas por um período curto de tempo dificulta o estabelecimento da relação profissional-paciente. ORTIZ e ORTIZ<sup>30</sup>, destacam que quanto mais estreita for essa relação, melhor é a adesão; bem como, quanto maior for o número de mudanças e a complexidade do tratamento, menor os índices de aderência.

A maioria dos pacientes que atingiu objetivos de perda de peso, deixou de comparecer às consultas por estar satisfeito com os resultados e acreditar que não precisava mais dos serviços, levando conseqüentemente a recuperação do peso perdido.

Percebe-se que os pacientes buscam mudanças de comportamento alimentar por tempo determinado aliado a resultados rápidos. No entanto, a mudança dos hábitos alimentares é complexa, a qual se deve assimilar os novos hábitos ao cotidiano; não em determinado período de tempo para se alcançar objetivos em curto prazo<sup>15</sup>.

As férias de julho, dezembro e janeiro, em que a clínica permanecia fechada, foram um gatilho para uma diminuição significativa na adesão, marcada pela recuperação parcial do peso inicial.

A dificuldade de realização da dieta nos finais de semana, festas e ocasiões sociais, revelada pelos pacientes, é um fator desfavorável a adesão ao tratamento nutricional, uma vez que as preparações ofertadas nestes cenários, normalmente, são de alta densidade energética e baixo valor nutricional, favorecendo o ganho de peso<sup>15</sup>.

As estratégias de educação nutricional devem ser exploradas de modo a promover uma motivação autônoma nos pacientes, tornando-os capazes de identificar barreiras para o autocontrole e desenvolver mecanismos para superá-las. Assim o indivíduo estará preparado para fazer escolhas melhores diante dos desafios cotidianos e, portanto, obter resultados satisfatórios no tratamento proposto 1.

## Conclusão

De modo geral, aderiram ao tratamento nutricional idosos ( $\geq 65$  anos), homens e pacientes que relataram ter duas comorbidades associadas. Apesar da gratuidade dos serviços, foi observado que grande parte dos pacientes não conseguiu responder de forma eficaz à terapia proposta, fato que pode estar relacionado com o horário de atendimento da clínica, o intervalo entre as consultas, a rotatividade de estagiários que não permite o estabelecimento da relação profissional-paciente e o período de férias e festas de fim de ano que contribuem para uma diminuição significativa na adesão.

Diante deste cenário, a baixa aderência ao tratamento reforça a necessidade de que o processo de educação nutricional passe por mudanças estruturais, baseado em modelos de ensino que criem possibilidades para a produção de resultados e não visem apenas a disseminação de conhecimento.

Com base nisso, sugere-se que mais estudos sejam explorados nesse campo, de modo a verificar a eficácia dos meios implantados e contribuir para o planejamento de ações que, de fato, favoreçam o seguimento do tratamento nutricional, bem como, identifiquem os grupos mais vulneráveis à não-adesão.

## Referências

1. Rodrigues EM, Soares FPTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev Nutr.* 2005;18(1):119-28.
2. Witt JSGZ, Schneider AP. Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(9):3909-16.
3. Associação Brasileira de Estudos Sobre Obesidade. Atualização das Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da Obesidade e do Sobrepeso. ABESO 76 – Edição Especial, outubro de 2010. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/2/5521af637d07c.pdf>> Acesso: 20 abril 2017.
4. Wansink B. From mindless eating to mindlessly eating better. *Physiol Behav.* 2010; 100(5):454-63.
5. Moraes ABA, Rolim GS, Costa Jr AL. O processo de adesão numa perspectiva analítico-comportamental. *Rev Bras Ter. Comport Cognn.* 2009;11(2):329-45.
6. Gusmão JL. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens.* 2009; 16(1):38-43.
7. Tinoco P. Intervenção clínica e preventiva nos comportamentos alimentares. *Acta Med Port.* 2011;24(S4):741-6.
8. Toral, N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(6): 1641-50.
9. Mendonça DRB. A importância da educação nutricional. Sociedade Brasileira de Diabetes. 2006.
10. Lottenberg AMP. Tratamento dietético da obesidade. Einstein. 2006; Supl 1:S23-S8.
11. Rodrigues LPF, Roncada MJ. Educação nutricional no Brasil: evolução e descrição de proposta metodológica para escolares. *Comun Ciênc Saúde.* 2008; 19(4):319-322.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <[http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel\\_2016\\_jun17.pdf](http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf)>
13. Callejon KS, Paternez ACAC. Adesão ao Tratamento Nutricional por Pacientes Atendidos na Clínica de Nutrição Docente-Assistencial da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). *Rev Atenção a Saúde.* 2008.
14. Gonçalves ISA. Fatores intervenientes no seguimento do tratamento nutricional para redução de peso em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde do Brasil. *Rev Cuid.* 2015; 6(1): 914-22.
15. Koehnlein EA, Salado GA, Yamada AN. Adesão à reeducação alimentar para perda de peso: determinantes, resultados e a percepção do paciente. *Rev Bras Nutr Clin.* 2008;23(1):56-65.
16. Heymsfield SB. Why do obese patients not lose more weight when treated with low-calorie diets? A mechanistic perspective. *Am J Clin Nutr.* 2007;85(2):346-54.
17. Viana LV, Paula TP, Leitão C.B, Azevedo M.J. Fatores determinantes de perda de peso em adultos submetidos a intervenções dietoterápicas. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2013;57(9):717-21.
18. Moraes CF, Oliveira MS. A entrevista motivacional em grupos de obesas no tratamento da compulsão alimentar periódica. *Aletheia.* 2011;35-6:154-67.
19. Teixeira PJ. Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2004;28(9):1124-33.
20. Bautista-Castaño I. 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 Obes Relat Metab Disord.* 2004; 28(5):697-705.
21. Barreto MS. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(1): 60-7.
22. Lunelli RP. Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(4):367-73.
23. Rossi A, Moreira EAM, Rauen MS. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Rev Nutr.* 2008;21(6):739-48.

24. Martins LCCO. Seguimento de Regras Nutricionais em Crianças com Excesso de Peso. *Psic Teor Pesq.* 2015;31(1):33-41.
25. German JN, Kirschenbaum DS, Rich BH. Child and parental self-monitoring as determinants of success in the treatment of morbid obesity in low-income minority children. *J Pediatr Psychol.* 2007;32:111-121.
26. Ferreira SMB, Silva AMC, Botelho C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá-MT, Brasil. *J Bras Pneumol.* 2005;31(5):427-35.
27. Pires CGS, Mussi, FC. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13(Supl 2): 2257-67.
28. Arrebola Vivas E. Variables predictoras de baja adherencia a un programa de modificación de estilos de vida para el tratamiento del exceso de peso en atención primaria. *Nutr Hosp.* 2013; 28(5):1530-35.
29. Figueiredo NN, Asakura L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(6):782-7.
30. Ortiz PM, Ortiz PE. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Méd Chile.* 2007;135(5):647-52.

**Endereço para correspondência:**

Michele Gouveia dos Santos  
Rua Cravo da Índia, 596 – Parque Savoy City  
São Paulo-SP, CEP 03570-050  
Brasil

E-mail:michelegouveia.id@gmail.com

Recebido em 01 de agosto de 2018  
Aceito em 18 de dezembro de 2018