

Contribuições do modelo biopsicossocial para adesão ao tratamento na obesidade

Contributions of the biopsychosocial model to adherence to treatment in obesity

Andreia Neves Duarte¹
Elizabeth Queiroz¹

¹Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde. Campus Darcy Ribeiro - UnB - IP. Asa Norte. CEP: 70910-900 - Brasília, DF - Brasil.

Correspondência
Andreia Neves Duarte
andreiaduarte.nut@gmail.com

Recebido em 05/novembro/2014
Aprovado em 09/novembro/2015

RESUMO

O crescimento progressivo da obesidade aponta para a baixa eficácia das estratégias utilizadas em sua abordagem. A obesidade é um agravo multifatorial influenciada por determinantes sociais que requer mudanças no estilo de vida e no ambiente para seu tratamento. Ponderando que a mudança dos hábitos alimentares é considerada o componente de mais difícil adesão por parte dos pacientes, contribuições de diferentes aspectos que influenciam na adesão aos tratamentos de saúde, se fazem necessárias. Nesse sentido, observa-se que o aconselhamento nutricional pautado no modelo biomédico é pouco efetivo. Por outro lado, diversos autores vêm propondo estratégias educativas que permitam abordar os problemas alimentares em sua complexidade, tanto na dimensão biológica como na social e cultural e que envolva os pacientes como sujeitos ativos do processo. A partir dessas premissas o presente artigo discute a importância do modelo biopsicossocial para melhor adesão ao tratamento na obesidade e apresenta os principais modelos da Cognição Social como o Modelo de Crenças em Saúde, a Teoria da Ação Racional e o Modelo Transteórico. É necessário que os profissionais, o paciente, os serviços de saúde e as políticas públicas exerçam ações conjuntas para que os resultados do tratamento se apresentem de forma mais satisfatória.

Palavras-chave: Obesidade, adesão do paciente, modelo biopsicossocial.

Contributions of the biopsychosocial model to adherence to treatment in obesity

ABSTRACT

The progressive growth of obesity points to the low efficacy of the strategies used for its approach. Obesity is a multifactorial health problem, influenced by social determinants, that requires changes in lifestyle and in the environment for its treatment. Considering that the change in eating habits is considered the component of most difficult adherence by patients, contributions of different aspects that may influence the adherence to health care, are necessary. In this sense, it is observed that nutritional counseling guided by the biomedical perspective has low efficacy. On the other hand, several authors have been proposing educational strategies so that eating problems can be approached in its complexity both in the biological and cultural ways, involving the patients as active subjects of the process. From these assumptions, the present article discusses the importance of the biopsychosocial model contributions for better adherence to treatment in obesity and presents the main models of Social Cognition such as the Health Belief Model, Theory of Reasoned Action and the Transtheoretical Model. It is necessary that professionals, patients, health services and public policy work together for the better results on treatment.

Keywords: Obesity, patient adherence, biopsychosocial model.

Introdução

O atual quadro epidemiológico brasileiro, caracterizado pelo crescimento progressivo do excesso de peso, expresso pelo fato de que aproximadamente metade da população adulta apresenta sobrepeso ou obesidade¹, traz à tona uma preocupação com a baixa eficácia das estratégias de saúde usualmente utilizadas na abordagem do problema.

O enfoque da obesidade deve envolver fatores como: mudança dos hábitos alimentares; prática regular de atividade física; identificação de aspectos psicológicos como ansiedade, depressão e baixa autoestima; consideração de fatores sociais como a questão da estigmatização do obeso e dos ambientes obesogênicos; em alguns casos, o tratamento farmacológico e/ou cirúrgico, além de determinantes sociais como a desigualdade, meio-ambiente e as relações sociais mais imediatas². No entanto, a abordagem usualmente utilizada pela área de saúde responsabiliza o indivíduo pelo encaminhamento de ações que implicam em mudanças de estilo

de vida, com pouca ênfase em fatores psicossociais multidimensionais.

Nesse aspecto, Lerario e Lottenberg (2006)³ destacam que diversas mudanças ambientais decorrentes do processo de industrialização e urbanização no mundo contemporâneo têm contribuído para o aumento da obesidade, tornando o ambiente propício para o maior consumo energético e redução da atividade física, dificultando a adoção de comportamentos preventivos desse agravo.

Frente a essa questão, diversos autores^{3,4,5,6} também destacam a necessidade de maior atenção do ponto de vista de saúde pública em não somente tratar a obesidade, mas de preveni-la modificando o ambiente obesogênico com base em estratégias que auxiliem na promoção de mudanças comportamentais, destacando a necessidade de intervenções multidimensionais para a maior efetividade de programas no campo da obesidade.

Embora muitos autores enfatizem a necessidade de ações no sentido de modificar aspectos ambientais relacionados ao excesso de peso, destaca-se que questões de ordem socioeconômicas e políticas maiores, ainda dificultam mudanças mais aprofundadas no ambiente urbanizado e obesogênico. Nesse aspecto, a possibilidade de mudanças nas ações individuais traz a perspectiva de modificação de hábitos pela pessoa que sofre com as questões do agravo, mesmo estando frente a um ambiente não propício.

Dos fatores enfatizados no tratamento da obesidade, a mudança de hábitos alimentares é apontada como o de mais difícil adesão por parte dos pacientes⁷. Assim, contribuições da psicologia da saúde relativas aos diferentes componentes biopsicossociais que constituem o comportamento alimentar e influenciam no processo de adesão aos tratamentos de saúde podem auxiliar na abordagem desse aspecto.

É importante salientar que o conceito de adesão pressupõe aspectos mais complexos que o cumprimento de orientações. A adesão ao tratamento é definida como um compromisso de colaboração ativa e intencionada do paciente em um curso de comportamento, aceito de mútuo acordo, com o fim de produzir um resultado preventivo ou terapêutico desejado⁸. No entanto, Reiners, Azevedo, Vieira e Arruda (2008)⁹, em uma revisão bibliográfica acerca da adesão/não adesão ao tratamento, verificaram que a maioria das ideias contidas nos textos revelou uma concepção reduzida do papel do paciente em seu processo de aderir ao tratamento, pois o consideram em uma relação de submissão ao profissional e ao serviço de saúde e não como um sujeito ativo em seu processo saúde-doença. A participação do indivíduo no planejamento de propostas terapêuticas é um recurso relevante para mediação da influência de fatores internos e externos que podem comprometer o cotidiano de pessoas obesas.

A definição de critérios de adesão e avaliação do processo constitui-se em um desafio metodológico. Alguns estudos utilizam medidas quantitativas e diretas, como os indicadores biológicos. Outros utilizam indicadores comportamentais por meio de métodos observacionais, ou medidas descritivas e qualitativas,

como os autorelatos, inventários e questionários¹⁰. Ambas as formas possuem vantagens e limitações, e devem ser utilizadas, preferencialmente, em associação.

Dessa forma, a avaliação do processo de adesão não deve se constituir em apenas avaliar o cumprimento de determinações de profissionais de saúde, mas também verificar os fatores que dificultam a incorporação de atitudes necessárias ao tratamento e os motivos que a tornam distantes da realidade dos pacientes⁷.

A não adesão está relacionada a diversos fatores relativos ao paciente (ausência de sintomas, dificuldade de se adaptar às exigências do tratamento, não percepção da eficácia do tratamento, prescrição mal entendida); ao tratamento (custo de resposta alto para o paciente, não visualização dos resultados no curto prazo); à doença (percepção do paciente sobre a vulnerabilidade e severidade da doença); ao sistema de saúde (acesso a recursos humanos e materiais); ao relacionamento profissional de saúde-paciente, ao ambiente, entre outros⁹. Quanto mais complexo e longo for o tratamento, menor a probabilidade de adesão^{6,7,8,10,11,12}.

No que tange a não adesão ao tratamento na obesidade, outras questões de ordem psicossocial devem ser consideradas pela sua influência no comportamento alimentar. Nesse sentido, destaca-se a questão da estigmatização sofrida por pessoas obesas na sociedade ocidental. Sugaï (2011)¹³ elucida que “o estigma passa a acontecer através de um sistema vicioso, o qual se inicia quando o indivíduo obeso não consegue promover a perda de massa corporal. A partir disso, a manutenção da obesidade propicia a perda de autoestima, levando às práticas alimentares compensatórias, o que por sua vez gera estigmatização e mantém a obesidade”.

Outro ponto de cunho social importante já destacado é a estrutura dos ambientes sociais urbanos, atualmente considerados como propícios para o desenvolvimento da obesidade, uma vez que aumentam as oportunidades de consumo alimentar excessivo associado ao sedentarismo^{3,4,5,6}. Nesse aspecto, é importante considerar as inúmeras dificuldades relativas às questões de ordem social na discussão, com o paciente, de regimes terapêuticos, para que eles sejam, na medida do possível, adaptados às suas necessidades.

Tais premissas evidenciam que a adesão ao tratamento na obesidade se constitui um processo intrincado, que envolve fatores psicossociais complexos e, portanto deve ser tratada sob uma perspectiva mais ampla. Nesse sentido, diversos autores^{7,13,14,15,16} vêm discutindo as limitações do modelo biomédico, atualmente hegemônico na atenção à saúde, para a abordagem do problema.

Assim, no contexto de superação do modelo biomédico e busca de novas abordagens para se trabalhar os temas relacionados ao processo saúde-doença surge o modelo biopsicossocial como uma alternativa. Segundo Straub (2005)¹⁰, esse modelo enfatiza as influências mútuas entre os contextos biológicos, psicológicos e sociais da saúde e é também fundamentado pela teoria sistêmica do comportamento, a qual compreende a natureza como uma hierarquia de sistemas, em que cada sistema é, simultaneamente, composto por subsistemas menores e sistemas maiores inter-relacionados.

Considerando as questões apontadas, o presente artigo tem como objetivo discutir a importância do modelo biopsicossocial para melhor adesão ao tratamento na obesidade. O artigo também ilustra modelos de adesão ao tratamento pautados na perspectiva biopsicossocial, bem como evidências empíricas de tais abordagens na adesão ao tratamento da obesidade e morbidades associadas.

Os modelos de assistência à saúde no tratamento da obesidade

A busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico e social, onde o modelo tecnicista biomédico mostra-se pouco eficaz frente às demandas atuais de saúde. A mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas tem incitado o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer em saúde. Nesse sentido, Guedes *et al.* (2006)¹⁶ afirmam que é consensual o alto grau de subjetividade que envolve a prática médica e apontam a necessidade de se resgatar humanização da relação médico-paciente e direcionar a atenção terapêutica para os diversos aspectos psicológicos presentes no processo de adoecimento ao invés de focar a escuta apenas nos relatos objetivos da doença.

Tal mudança paradigmática pode ser analisada a partir da orientação teórica do ensaio de Thomas Kuhn (1975)¹⁷ que discute a importância dos paradigmas para o desenvolvimento da ciência. O autor argumenta que, uma vez que um paradigma esteja instaurado em uma área da ciência, a comunidade científica vai gradativamente acumulando conhecimentos. No entanto, esses períodos estáveis são intercalados com momentos onde os paradigmas dominantes são questionados e revistos e, nesses tempos de instabilidade a ciência progride em uma velocidade muito maior. O autor defende que essas revoluções na ciência são essenciais para seu desenvolvimento, uma vez que ao decidir rejeitar um paradigma, um pesquisador estará simultaneamente aceitando outro, e o juízo que conduz essa decisão envolve a comparação mútua de ambos.

Partindo dessa perspectiva, pode-se afirmar que o crescimento progressivo da obesidade no Brasil e o no mundo aponta que a tradição biomédica vem se mostrando inadequada em seu tratamento, incitando a necessidade de uma mudança paradigmática na abordagem do problema.

O modelo biomédico é caracterizado pelo referencial técnico-instrumental das biociências, que afasta o contexto psicossocial dos significados, dificultando uma compreensão mais ampla dos pacientes e seu processo saúde-doença¹⁸. Do ponto de vista científico, esse modelo se encontra pautado em uma perspectiva positivista, caracterizada pela separação excludente entre sujeito e objeto de estudo, pela compreensão da subjetividade como fonte de erro¹⁹.

A crítica ao paradigma positivista advém da ausência da autorreflexão na construção do conhecimento o que impede que as ciências desenvolvam o seu caráter emancipador²⁰. Na área da saúde, tais premissas se refletem em processo terapêutico pautado pela autoridade por parte dos profissionais de saúde e redução da autonomia por parte dos usuários.

Em contrapartida, o modelo biopsicossocial vem se firmando no campo da saúde progressivamente. Esse modelo se pauta em uma perspectiva de integralidade do ser e do processo de adoecer e abrange as dimensões física, psicológica e social¹⁸. Ele enfatiza a influência mútua entre esses aspectos no desenvolvimento hu-

mano, fundamentando-se na teoria sistêmica do comportamento, que compreende que o corpo é formado por sistemas em interação como o endócrino, cardiovascular, nervoso e imunológico, que interagem com os aspectos psicossociais¹⁰.

No contexto da obesidade, observa-se que processo de aconselhamento nutricional tradicional é pautado em uma formação tecnicista, que se apresenta como um dos principais empecilhos para a prática da integralidade²¹. Esse processo não deve impor, ao paciente, respostas prontas para o problema, mas sim estabelecer uma relação de ajuda entre o profissional e o usuário²². Tal perspectiva torna-se um desafio para a prática uma vez que a formação atual ainda não incorpora totalmente os fundamentos do modelo biopsicossocial de atenção à saúde.

Na área de educação nutricional observa-se uma crescente demanda pela substituição do paradigma biomédico e pelo desenvolvimento de estratégias educativas que permitam abordar os problemas alimentares em sua complexidade, tanto na dimensão biológica como na social e cultural e que envolva os educandos como sujeitos ativos do processo²³. Isso é evidenciado em estudos que mostram que a implementação de propostas pedagógicas interativas intensifica a consciência sobre a necessidade da melhoria dos hábitos alimentares, e dessa forma pode auxiliar na incorporação de conhecimentos e novas práticas na alimentação^{24,25,26}.

Para tanto, o estudo de fatores psicossociais que facilitem o processo de adesão aos diferentes tipos de tratamento se faz necessário. Nesse aspecto, Sebastiani (2000)²⁶ ressalta a importância da integração compreensiva de modelos teóricos aparentemente distantes e o encetamento de esforços psicológicos na prevenção de doenças, modificando crenças e atitudes frente às questões afetas às enfermidades.

Fatores que facilitam e fatores que dificultam a adesão ao tratamento na obesidade

Como já discutido nas seções anteriores, a abordagem da obesidade deve ser multidimensional uma vez que requer permanentes mudanças no

estilo de vida para manutenção dos resultados em longo prazo. Reiners et al. (2008)⁹ ressaltam que por ser invariavelmente longo, os pacientes sentem dificuldades de seguir o tratamento regularmente, e embora reconheçam a importância da adesão, a consideram um comportamento difícil de se adquirir.

A literatura já identificou inúmeros fatores que afetam a adesão ao tratamento, dentre os quais se destacam: fatores pessoais e cognitivos, fatores interpessoais, o envolvimento do paciente e tomada de decisão participativa, variáveis do paciente, o contexto sócio cultural e a presença de depressão^{10,12}.

Os fatores pessoais e cognitivos dizem respeito à capacidade de entendimento das prescrições realizadas no contexto de saúde. O risco de não adesão é muito alto quando os pacientes não conseguem ler ou entender as instruções básicas e quando existem barreiras na linguagem, como o uso de termos técnicos e “jargões médicos”¹². As crenças em saúde dos pacientes também são consideradas como fatores cognitivos que influenciam o processo de adesão^{7,12}. Os benefícios e barreiras percebidos pelos pacientes acerca do tratamento devem ser avaliados para facilitar o delineamento do mesmo.

Alguns construtos como idade, gênero, etnia e renda não são prognósticos precisos para se prever a adesão ao tratamento, mas interagem de forma complexa e podem não ser tão importantes como, por exemplo, a qualidade da comunicação^{10,12,27}. De modo geral, as próprias pessoas são inconsistentes em seus comportamentos individuais, parecendo haver poucas pessoas rigorosamente “aderentes” ou “não aderentes”¹⁰. Alguns estudos mostram que a adesão a regimes de tratamento para doenças cardíacas, hipertensão e diabetes tende a aumentar com a idade^{9,10}.

No que concerne os fatores interpessoais, estudos acerca da adesão mostram que quando o profissional de saúde e o paciente concordam em como o paciente deve se envolver no tratamento os níveis de adesão são maiores²⁷. Assim, a orientação atual é da realização de um trabalho em conjunto com o paciente para realizar um mútuo acordo das recomendações. Isso requer o estabelecimento do vínculo de confiança nesse

relacionamento, e a visão do paciente em sua integralidade, por parte dos profissionais^{10,12,27}.

O envolvimento do paciente no tratamento e a tomada de decisão participativa mostram-se como fatores importantes para o aumento da satisfação com seus cuidados de saúde¹². Um estudo de Lin et al. (1995)²⁸ mostrou que pacientes que participam das discussões com os profissionais acerca de suas estratégias comportamentais são mais susceptíveis a aderir às medicações antidepressivas. Outros fatores como a relação profissional de saúde-paciente, o suporte social da equipe de saúde e dos membros de sua rede social também são considerados fatores importantes para aumentar a adesão às recomendações do tratamento⁹.

As atitudes dos pacientes como seus hábitos, crenças e normas sociais influenciam na adesão significativamente e muitas vezes de forma complexa. Muitas teorias de comportamentos em saúde consideram que a intenção das pessoas em adotar um determinado comportamento é precursora imediata no comportamento em si, e essas intenções, em parte, dependem do que a pessoa pensa e acredita, que hábitos ela cultiva e como as outras pessoas a influenciam²⁹. Assim, o ambiente e o suporte social disponível também afetam na intenção de adesão, especialmente quando se lida com condições ou doenças carregadas de estigma³⁰.

O contexto sociocultural é um importante fator para a adesão uma vez que pode impor facilitadores e barreiras para este processo. As barreiras podem ser determinadas pela família, pelo sistema de saúde e pela comunidade¹⁰. Os hábitos de saúde normalmente são adquiridos com os pais e outras pessoas que atuam como modelos de comportamentos prejudiciais à saúde. Além disso, os hábitos de vida adotados pelo homem são amplamente influenciados pelo ambiente que pode induzir, por vários meios, a adoção de comportamentos não saudáveis. McGinnis, Willian-Russo e Knickman (2002)⁴ argumentam que a adoção desses comportamentos pode ocorrer de formas sutis e não sutis, como por exemplo: comer alimentos pouco saudáveis pelo seu baixo custo; adotar um estilo de vida sedentário devido a ambientes inseguros, perigosos para realizar caminhadas; usar tabaco e álcool em excesso por influência das propagandas, dentre outros. Assim, intervenções que objetivem aumentar a adesão requerem uma

abordagem multifacetada e compreensão da complexidade das questões envolvidas.

A presença de depressão também pode afetar de forma significativa no processo de adesão. Os resultados de um trabalho de metanálise³¹ acerca do tema mostrou que o risco de não adesão do paciente é 27% maior se o paciente tiver depressão quando comparado ao paciente que não tem. Os pacientes depressivos experimentam pessimismo, deficiências cognitivas e afastamento do suporte social, condições que reduzem tanto a intenção como a habilidade de seguir os regimes de tratamento. Assim, estar de bom humor e ter expectativas otimistas são fatores importantes para aumentar a adesão¹⁰. Um outro fator importante considerado como uma barreira individual na adesão ao tratamento diz respeito ao “princípio gradiente de reforço”¹⁰ que afirma que as recompensas ou punições imediatas são mais eficazes do que as retardadas. Nesse sentido, muitos comportamentos que favorecem a saúde como praticar exercícios e seguir uma dieta com baixos teores de gordura, são menos prazerosos ou mais cansativos que as suas alternativas menos saudáveis. Assim, os comportamentos que causam alívio ou gratificação imediata (como alimentar-se quando está deprimido) são mais difíceis de eliminar, uma vez que a não realização dos mesmos proporciona desconforto imediato.

Para aumentar a adesão dos pacientes aos diferentes tratamentos em saúde é importante que o processo se inicie com a avaliação da adesão, isto é, se os pacientes estão ou não seguindo os tratamentos recomendados. A avaliação adequada depende, em grande parte, do desenvolvimento de um relacionamento baseado na confiança e aceitação entre o paciente e a equipe de saúde. A avaliação realista dos conhecimentos e da compreensão do paciente a respeito do regime terapêutico bem como sua crença nele permite um direcionamento mais eficaz dos potenciais problemas relacionados à adesão¹².

Os pacientes precisam da oportunidade de contar suas histórias e seus pontos de vista aos profissionais de saúde. A partir disso, muitas informações a respeito de suas atitudes, crenças, normas subjetivas, contextos culturais, suporte social e desafios emocionais de saúde podem ser aprendidos³².

Embora a literatura aponte a relevância de estratégias voltadas para atenção integral, com particularização das condutas terapêuticas, na prática a carência ou ausência de profissionais das diferentes áreas dificulta a execução de medidas que poderiam ter um efeito maior, incluindo aspectos determinados socialmente.

Assim, ressalta-se que nenhuma estratégia de intervenção sozinha é capaz de promover a adesão de todos os pacientes, mas em todas as estratégias é necessário que exista participação, engajamento, colaboração, negociação, compromisso e mais possibilidades de terapias em que os pacientes reconheçam a sua parte de responsabilidade no processo de adesão¹².

De uma forma geral, pode-se afirmar que a adesão ao tratamento é influenciada por diversos fatores e pode ser promovida através de estratégias como: estabelecimento de um tratamento individualizado adaptado, na medida do possível, ao estilo de vida do usuário; capacitação do paciente para o autocuidado, auxiliando no desenvolvimento de competências e habilidades requeridas; negociação das mudanças necessárias; estabelecimento de metas terapêuticas viáveis e construídas junto com o paciente; incorporação de pessoas afetivamente significativas para o paciente na supervisão e/ou administração do tratamento e valorização da adesão, dando continuidade à atenção e postura empática^{9,10,12}.

Assim, a literatura acerca do tema “Adesão ao Tratamento” vem mostrando a necessidade de que os profissionais, os serviços de saúde e as políticas públicas sejam corresponsáveis com o paciente no processo de adesão. Para tanto, existe também a necessidade de elaboração de estratégias metodológicas que promovam e avaliem a adesão em intervenções pautadas nesses princípios.

Modelos de adesão ao tratamento pautados na perspectiva biopsicossocial

Comportamento de saúde é qualquer atividade desempenhada por uma pessoa como o objetivo de prevenir doenças ou detectar algum agravo em estágio assintomático³³. Com intuito de promover a saúde e prevenir doenças, a Psicologia

da Saúde vem estudando aspectos de caráter biopsicossociais que possam ajudar na compreensão dos comportamentos de saúde através das abordagens da cognição social.

Essas abordagens focalizam as cognições como processos que ocorrem entre estímulos observáveis e as respostas a situações específicas do mundo real, valorizando a percepção da realidade subjetiva e não a descrição objetiva do contexto ambiental. Elas têm como objetivo identificar quais cognições são importantes na compreensão, explicação e predição de comportamentos de saúde, e possuem três modelos teóricos: o Modelo de Crenças de Saúde, a Teoria da Ação Racional e o Modelo Transteórico³³. A seguir, cada um desses modelos será apresentado e estudos nacionais subsidiarão a aplicação dos conceitos para nossa população.

O Modelo de Crenças em Saúde (MCS)

O MCS idealizado por Rosenstock, (1974)³⁴ proposto por Becker (1974)³⁵ tenta explicar a adoção de comportamentos preventivos ao estabelecer relações entre o comportamento e crenças individuais. De acordo com esse modelo, a probabilidade de experienciar um problema de saúde, a severidade das consequências do problema e os benefícios percebidos do comportamento preventivo em combinação com seu custo potencial são vistos como crenças-chave que guiam o comportamento de saúde.

O modelo foi inicialmente utilizado para comportamentos preventivos, mas também pode ser adaptado a outros contextos de comportamento. Assim, ele pode ser aplicado a uma variedade de comportamentos em saúde e promover uma base para a modelagem de comportamentos em saúde pública e treinamento de profissionais da saúde para trabalhar com as percepções subjetivas de seus pacientes sobre doença e tratamento³⁶.

As características iniciais do modelo procuram prever ações e atitudes dos indivíduos em relação às doenças, tendo em vista quatro variáveis que são interdependentes³⁴:

1. Susceptibilidade percebida – é a variável que avalia a crença do indivíduo que determinado agravo de saúde pode afetá-lo

particularmente, isto é, o quanto ele se avalia suscetível para determinado problema;

2. Severidade percebida – diz respeito à percepção da seriedade de uma dada condição de saúde, isto é, da percepção do indivíduo de que determinado problema pode ter consequências sérias;
3. Benefícios percebidos – se relaciona ao indivíduo acreditar que determinado agravo de saúde pode ser prevenido por uma ação e de quão benéficas, para o seu caso, serão as alternativas para reduzir a ameaça à dada condição de saúde;
4. Barreiras existentes – essa variável é relativa aos aspectos negativos percebidos pelo indivíduo em relação às ações em saúde, tais como impedimentos, obstáculos, desconforto, gastos financeiros, entre outros. Assim, os benefícios da ação são avaliados em função das barreiras para realizá-la.

Utilizando o MCS como pressuposto teórico, Pires e Mussi (2008)³⁷ avaliaram crenças em saúde sobre barreiras e benefícios quanto às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial em 106 adultos negros em um Centro de Saúde em Salvador – BA. As autoras concluíram na categoria “crenças sobre benefícios” houve predomínio de 12 comportamentos de saúde relacionados à prevenção e controle da hipertensão, e que homens e mulheres perceberam diferentemente benefícios para esses comportamentos. O estudo também constatou uma tendência a percepção de menos benefícios quanto às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial em estratos socioeconômicos menos favorecidos, adultos jovens e pessoas sem companheiro. Nesta pesquisa, 30,2% da amostra percebeu barreiras redução do sal dos alimentos, pois essa mudança requeria esforço, redução do prazer relacionado à alimentação e necessidade de envolvimento no preparo do alimento.

Em um estudo de abordagem qualitativa, Pontieri e Bachion (2010)⁷ avaliaram as crenças de nove pacientes diabéticos tipo 2 acerca da terapia nutricional, com a finalidade de contribuir

na compreensão acerca de determinantes da adesão à dieta. As autoras concluíram que em relação às “Recomendações recebidas sobre alimentação”, as orientações eram simplistas, com tônica na proibição, onde as recomendações nutricionais pareceram advir de um processo unilateral e enfatizaram a importância do espaço para que o paciente expresse suas crenças nas consultas em saúde. Em relação à “Adesão à terapia nutricional” as autoras identificaram barreiras como o tipo de trabalho, falta de apoio social e familiar, a necessidade de mudança da alimentação da casa e interpretação errônea das recomendações, enfatizando a necessidade de maior diálogo entre profissional e paciente.

Dela Coleta (2010)³⁸ analisou crenças sobre 13 comportamentos de saúde em 211 indivíduos com problemas cardiovasculares. Os resultados mostraram que há alta concordância de que alguns comportamentos devem ser praticados, mas ainda assim existe uma baixa adesão, e que os benefícios percebidos estão relacionados à saúde em geral e ao bem-estar. As barreiras percebidas variaram em função da natureza dos comportamentos, de modo que para as restrições alimentares foi a limitação do prazer de comer, a falta de tempo foi motivo para não praticar exercícios e não descansar. Ao final do estudo, a autora ressaltou que evitar preocupações, deixar de fumar e fazer dieta para emagrecer são tarefas difíceis ao ser humano, de uma maneira geral.

A Teoria da Ação Racional (TAR)

A TAR parte da suposição que na maioria dos casos, as pessoas agem de modo racional e voluntário, processando implícita ou explicitamente as informações disponíveis, utilizando-as como base para as decisões comportamentais³⁹.

A teoria da ação racional pressupõe que a intenção de realizar uma ação é o melhor preditor do comportamento futuro. Assim, de acordo com essa teoria, a intenção de realização de determinado comportamento é influenciada por dois fatores: (1) fator pessoal ou atitude e (2) fator social ou normas subjetivas. O fator pessoal diz respeito às crenças de que o comportamento leva a certos resultados e a uma auto avaliação. O fator social concerne às crenças sobre o que pessoas significativas pensam acerca da reali-

zação ou não do comportamento e a motivação para se comportar em conformidade com os referentes específicos³⁹.

Cavalcanti et al. (2007)⁴⁰ utilizaram a TAR em um estudo que comparou duas séries de entrevistas abertas que eliciaram as crenças positivas (vantagens) e negativas (desvantagens) sobre fazer dieta entre obesos de baixa renda de João Pessoa, Paraíba, além de pessoas de opinião influente desses pacientes quanto a segui-la. Os resultados revelaram o medo das doenças relacionadas à obesidade e a vontade de sentir mais saúde e leveza de corpo. As preocupações estéticas não foram prioritárias. Mães, filhos e principalmente o cônjuge apareceram como apoiadores do regime. Os autores ressaltaram que não bastaria força de vontade, mas também reflexão e construção de habilidades de controle, apropriação e modificação das condições de vida para melhor adesão às modificações necessárias no estilo de vida.

O Modelo Transteórico

O Modelo Transteórico desenvolvido por Prochaska, DiClemente e Norcorss (1992)⁴¹ identifica a preparação do indivíduo para uma determinada alteração no comportamento. O modelo propõe que os processos que envolvem mudanças de comportamento devem ser desenvolvidos conforme o estágio de motivação para mudança de um determinado comportamento em que o indivíduo se encontra. Os estágios indicam características específicas em relação à mudança de um determinado comportamento e são descritos a seguir:

- 1) Pré-contemplação: estágio em que o indivíduo não apresenta a intenção de modificar o comportamento, e não tem consciência de seus comportamentos inadequados. Nesse estágio, a mudança comportamental ainda não foi considerada pelo indivíduo e não há intenção de adotá-las num futuro próximo. As pessoas podem estar nesse estágio: (a) por falta ou pouca informação sobre as consequências de seus comportamentos; (b) por terem apresentado tentativas frustradas de mudança, o que resultou em

uma descrença em suas habilidades para mudar;

- 2) Contemplação: é o estágio em que o indivíduo começa a considerar a mudança comportamental. Ocorre a identificação do problema de comportamento, e o indivíduo começa a considerar uma possibilidade de mudança, sem ter iniciado uma ação nesse sentido. O indivíduo, portanto, reconhece que o problema existe, mas ainda não apresenta um comprometimento decisivo. Nesse estágio, há conhecimento dos benefícios da mudança, mas diversas barreiras são percebidas, as quais impedem a ação desejada;
- 3) Preparação ou Decisão: o sujeito decide realizar uma mudança no comportamento dentro de um espaço próximo de tempo. Nesse estágio são desenvolvidos os planos específicos de ação, e são experimentadas pequenas mudanças de comportamento;
- 4) Ação: momento em que os planos de mudança são realizados. Corresponde aos indivíduos que alteraram de fato seu comportamento. Trata-se de um estágio que exige grande dedicação e disposição para evitar recaídas;
- 5) Manutenção: corresponde ao estágio do sujeito que adotou o novo comportamento há mais de seis meses. Trata-se do momento que as pessoas trabalham para consolidar a mudança, prevenindo recaídas.

Ressalta-se que a movimentação entre os estágios não ocorre necessariamente de maneira linear, o indivíduo pode passar de um estágio para outro a qualquer momento ou manter-se num mesmo estágio por um longo período (Prochaska et al., 1992)⁴¹.

Utilizando o Modelo Transteórico como fio condutor, Oliveira e Duarte (2006)⁴² delinearam um estudo transversal com intuito de identificar a relação entre dois construtos do modelo quanto ao consumo de frutas e de hortaliças por adolescentes. O estudo concluiu que alguns processos específicos de mudança,

como por exemplo o suporte social (relacionado à confiança de pessoas que se importam com eles) e a autoliberação (relacionada a mudanças experienciais que otimizam a possibilidade de mudança concreta), bem como o processo cognitivo de auto reavaliação (auto avaliação de custos e benefícios de uma mudança comportamental) eram utilizados pelos adolescentes ao se moverem por meio dos estágios de mudança.

Considerações Finais

A obesidade é uma doença multifatorial e exige a identificação de comportamentos que contribuam para o ganho ponderal e uma adequada intervenção sobre os mesmos. Nesse sentido, a literatura acerca do tema da adesão do paciente às mudanças no comportamento alimentar na obesidade vem mostrando que a maior responsabilização pelo processo de adesão é conferida ao paciente e que é necessário que os profissionais, os serviços de saúde, bem como as políticas públicas caminhem de forma conjunta nesse processo, para que os resultados do tratamento se apresentem de forma mais satisfatória.

O presente artigo mostrou que a abordagem da obesidade em um campo epistemológico posi-

tivista, no qual se pauta o paradigma biomédico, é pouco eficaz em seus resultados, uma vez que as estratégias tecnicistas desse modelo não conseguem tratar de aspectos subjetivos e sociais envolvidos no contexto.

Diante da complexidade exigida na intervenção para o tratamento da obesidade, contribuições da área da Psicologia que estuda os comportamentos em saúde, têm sido bastante ricas na elucidação de aspectos biopsicossociais que circundam o problema, com propostas de modelos que investigam questões mais amplas relacionadas ao comportamento alimentar.

Considerando-se também que ao se tratar de doenças crônicas a adesão ao tratamento necessita ser incorporada em longo prazo, destaca-se a importância do estudo de estratégias de como manter a adesão, com atenção para a influência dos determinantes sociais nesse processo.

Sugere-se que estudos mais sistemáticos sejam realizados de forma a incluir as variáveis que possam produzir melhores efeitos no que diz respeito à adesão ao tratamento da obesidade, contribuindo para a superação do paradigma biomédico e substituição pelo modelo biopsicossocial.

Referências

1. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. POF 2008-2009: desnutrição cai e peso das crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1699&id_pagina=1.
2. Alves, MGM. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares: até quando ficaremos “enxugando o gelo”? *Cien Saude Colet.* 2012; 17(1): 20-2.
3. Lerario AC, Lottenberg SA. Mecanismos ambientais implicados no ganho de peso e as oportunidades para prevenção da obesidade. *Einstein.* 2006; (Supl 1): 7-13
4. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman J. The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion. *Health Aff.* 2002; 21(2):78-93
5. Cypress, M. Looking upstream. *Diabetes Spectr.* 2004; 17 (4): 249-53.
6. Souza NPP, Oliveira MRM. O ambiente como elemento determinante da obesidade. *Rev Simbio-Logias.* 2008; 1(1): 157-173.
7. Pontieri FP, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Cien Saude Colet.* 2010; 15 (1): 151-60.
8. Vásquez IA, Rodriguez CF, Álvarez, MP. *Manual de Psicología de la Salud.* Madrid: Psicología Pirámide; 1998.

9. Reiners, AAO, Azevedo, RCS, Vieira, MA, Arruda, ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Cien Saude Colet.* 2008; 13 (suppl 2): 2299-306.
10. Straub, RO. *Psicologia da saúde.* Artmed: Porto Alegre; 2005
11. DiMatteo, MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care.* 2004; 42(3): 200-9.
12. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag.* 2005; 1(3): 198-9.
13. Sugai, A. A obesidade como expressão de questão social: nutrição e estigma. [Tese]. Brasília, Universidade de Brasília; 2011.
14. Cavalcanti APR, Dias MR, Costa, MJC. Psicologia e Nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda. *Estudos de Psicologia.* 2005; 10(1): 121-9.
15. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. *Interface Comunicação Saúde e Educação.* 2005; 9(16): 91-104.
16. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Jr KR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Cien Saude Colet.* 2006; 11(4):1093-103.
17. Kuhn TS. *A estrutura das revoluções científicas.* São Paulo: Editora Perspectiva; 1975.
18. DeMarco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev Bras Educ Med.* 2006; 30 (1): 1-13.
19. González-Rey, FL. Epistemología cualitativa y subjetividad. EDUC: São Paulo; 1997.
20. Habermas J. *Conhecimento e Interesse.* Guanabara: Rio de Janeiro; 1987.
21. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e Promoção da Saúde: perspectivas atuais. *Cad Saude Publica.* 2007; 23(7): 1674-81.
22. Rodrigues EM, Boog MCF. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Cad Saude Publica.* 2006; 22(5): 923-31.
23. World Health Organization (WHO). *The Ottawa Charter for Health Promotion.* Ottawa: Canadian Public Health Association; 1986.
24. Boog MCF. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. *Cad Saude Publica.* 1999; 15(suppl.2): 139-47.
25. Rodrigues EM. Problematização do comportamento alimentar como estratégia de educação nutricional: uma experiência com adolescentes obesos. [Dissertação] Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.
26. Sebastiani RW. Histórico e Evolução da Psicologia da Saúde numa perspectiva Latinoamericana. In: Angerami VA, organizador. *Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica.* São Paulo: Pioneira Thomson Learning. p. 202-22.
27. Jahng KH, Martin LR, Golin CE, DiMatteo MR. Preferences for medical collaboration: patient-physician congruence and patient outcomes. *Patient Educ Couns.* 2005; 57(3): 308-14.
28. Lin EHB, Von Korff M, Katon W, Bush T, Simon GE, Walker E, *et al.* The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Med Care.* 1995; 33(1): 67-74.
29. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1980
30. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers BS. Stigma as a barrier to recovery: perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatr Serv.* 2001; 52: 1615-20.

31. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: a meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Int Med.* 2000; 160 (14): 2101-7.
32. Haidet P, Paterniti DA. "Building" a history rather than "taking" one: a perspective on information sharing during the medical interview. *Arch Int Med.* 2003; 163 (10): 1134-40.
33. Norman P, Conner M. The role of social cognition in health behaviours. In: Conner M, Norman P. Organizadores. Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models. Buckingham: Open University Press; 1996. p.1-22.
34. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr.* 1974; 2(4): 328-35.
35. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. *Health Educ Monogr.* 1974; 2 (4), 1-234.
36. Sheeran P, Abraham C. The Health Belief Model. In: Conner M, Norman P. Organizadores. Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models. Buckingham: Open University Press; 1996. p. 23-61.
37. Pires CG, Mussi FC. Crenças em Saúde para o Controle da Hipertensão Arterial. *Cien Saude Colet.* 2008; 13(suppl 2). 2257-67.
38. Dela Coleta MF. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças Psicologia da Saúde.* 2010; 18 (1-2): 69-78.
39. D'Amorim MA. Teoria da Ação Racional. In: Dela Coleta MF. Organizador. Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde. Taubaté: Cabral Editora Universitária; 2004. p. 63-84.
40. Cavalcanti APR, Dias MR, Rodrigues CFF, Gouveia CNNA, Ramos DD, Serrano FJO. Crenças e influências sobre dietas de emagrecimento entre obesos de baixa renda. *Cien Saude Colet.* 2007; 12 (6), 1567-74.
41. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcorss, JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992; 47 (9), 1102-14.
42. Oliveira MCF, Duarte GK. O modelo trans-teórico aplicado ao consumo de frutas e hortaliças em adolescentes. *Revista de Nutrição.* 2006; 19 (1), 57-64.