



Motivos de adesão, aderência e desistência de adultos com obesidade em um programa de exercícios físicos

Reasons for adhesion, adherence and dropout of obese adults in a exercise program

AUTORES

Anne Ribeiro Streb¹

Willen Remon Tozetto¹

Cecília Bertuol¹

Jucemar Benedet¹

Giovani Firpo Del Duca¹

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Educação Física, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

CONTATO

Willen Remon Tozetto

Willen_tozetto@hotmail.com

Rua Sebastião Laurentino da Silva – Córrego Grande. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

CEP: 88037-400.

DOI

10.12820/rbafs.27e0289



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional.

RESUMO

O estudo teve como objetivo determinar os motivos de adesão, aderência e desistência de adultos com obesidade em um programa de intervenção de exercícios físicos. Trata-se de uma estudo descritivo com 69 adultos com obesidade, os quais estiveram envolvidos em um ensaio clínico controlado. Nos grupos de exercícios físicos, as sessões continham treinamento aeróbio e de força, totalizando 60 minutos, durante 16 semanas. Os motivos de adesão, aderência e desistência foram determinados por questionário e uma análise descritiva (quanti-qualitativa) foi realizada, de acordo com a frequência em que os motivos foram relatados pelos participantes. Verificou-se baixa aderência ao treinamento, bem como altos índices de desistência. A saúde, a qualidade de vida e a estética foram os principais motivos de adesão. Para a aderência, os aspectos mais prevalentes foram a saúde, o comprometimento e à motivação. Contudo, para a desistência, trabalho e a desmotivação foram mais relatados. É importante a intervenção profissional no campo da atividade física e saúde considere estes diferentes motivos e as mudanças neles durante o processo e direcione ações a fim de aumentar a adesão e a aderência e reduzir as desistências.

Palavras-chave: Cooperação e adesão ao tratamento; Exercício; Adulto jovem; Motivação; Pacientes desistentes do tratamento.

ABSTRACT

The study aimed to determine the reasons for adherence, adherence and dropout of adults with obesity in a physical exercise intervention program. This is a descriptive study with 69 adults with obesity, who were involved in a controlled clinical trial. In the physical exercise groups, the sessions contained aerobic and strength training, totaling 60 minutes, during 16 weeks. The reasons for adhesion, adherence and dropout were determined by questionnaire and a descriptive analysis (quantitative and qualitative) was carried out, according to the frequency with which the reasons were reported by the participants. There was low adherence to training, as well as high dropout rates. Health, quality of life and aesthetics were the main reasons for adhesion. For adherence, the most prevalent aspects were health, commitment and motivation. However, for dropout, work and lack of motivation were more reported. It is important for professional intervention in the field of physical activity and health to consider these different reasons and the changes in them during the process and direct actions in order to increase adhesion and adherence and reduce dropouts.

Keywords: Treatment adherence and compliance; Exercise; Young adult; Motivation; Patient dropouts.

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam, atualmente, um problema na saúde pública e são responsáveis pelo notável aumento da morbimortalidade¹. Dentre essas doenças, a obesidade é a mais prevalente na população adulta e está associada à perda da qualidade de vida, limitações físicas e incapacidades². De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 75 milhões de adultos no mundo poderão se tornar obesos até 2025, e no cenário brasileiro, a doença já atinge 18,9% da população adulta³. Res-

salta-se ainda que a obesidade é um importante fator de risco para outras DCNT⁴. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de iniciativas que contribuam para o tratamento da população com obesidade por meio de práticas saudáveis tais como os exercícios físicos e a compreensão dos fatores que levam esses indivíduos a adotar, manter ou desistir de programas de mudança para um estilo de vida ativo.

Diante deste cenário, estudos passaram a investigar os aspectos que fazem o indivíduo iniciar um programa voltado a mudanças de comportamento, principalmen-

te no contexto de exercícios físicos, como também as causas que amparam a sua permanência por um período de tempo, denominados como adesão e aderência respectivamente^{5,6}. O estudo de Shell et al.,⁷ aplicou treinamento resistido, aeróbio e alongamentos ao longo de 12 meses em grupos de intervenção nas modalidades presencial ou remota (*on-line*). O percentual de aderência de 19%, sem diferir entre os grupos de intervenção (presencial ou remoto). No entanto, a maior gravidade dos sintomas depressivos no início do programa previu uma menor frequência às sessões subsequentes. Já o estudo de Pippi et al.,⁸ aplicou dois diferentes tipos de exercícios supervisionados (exercícios em academia e caminhada nórdica) em pessoas com obesidade ao longo de 12 meses. Não foram relatadas desistência neste programa e a aderência foi de 83%. Porém, o grupo de caminhada nórdica teve aderência menor (-14%) do que o grupo de exercícios combinados.

Com isso, é possível perceber que há distintas variáveis em um programa de treinamento que influenciam o processo de engajamento dos indivíduos com obesidade. De modo geral, os principais determinantes à adesão e aderência em programas de exercício físico, são as características intrapessoais (como fatores biológicos, econômicos, demográficos), interpessoais (ligadas a questões culturais e ao apoio social da família, amigos e colegas) e ambientais (sobre o ambiente físico e social)⁹. Além disso, é importante destacar que a frequência nos exercícios físicos também apresenta grande relação com a adesão e a aderência, indicando que os indivíduos que treinam mais vezes estão mais dispostos a se manterem nessas atividades¹⁰.

Considerando que o processo de mudança de comportamento costuma ser mais efetivo entre aqueles mais propensos e dispostos para tal¹¹, torna-se fundamental averiguar os motivos de adesão e de aderência a fim de criar estratégias de motivação para possibilitar tais mudanças a longo prazo e, conseqüentemente, minimizar as chances de eventuais abandonos¹². Nessa perspectiva, a identificação das razões à participação em programas de exercício físico permite que sejam elaboradas e desenvolvidas ações que encorajem e estimulem essas mudanças, refletindo em maior qualidade de vida e alcance dos resultados desejados. Além disso, os determinantes destes comportamentos podem diferir de acordo com o contexto em que o programa está sendo ofertado. Para a população brasileira, especialmente para as pessoas com obesidade, tais informações ainda continuam desconhecidas. Por fim, usualmente as evidências indicam

variáveis que foram associadas à adesão, aderência e desistência considerando os dados coletados no momento inicial da intervenção (linha de base). No entanto, por se tratar de comportamentos, ao longo do tempo, no decorrer da intervenção, outros fatores podem ser intervenientes e influenciarem nos processos de engajamento ou abandono ao exercício físico. Ademais, os participantes, por sua vez, não costumam ser ouvidos para que suas percepções possam ser consideradas na reformulação de novas propostas de intervenção.

Diante do exposto, o presente trabalho teve como objetivo determinar os motivos de adesão, de aderência e de desistência de adultos com obesidade em um programa de intervenção de exercícios físicos.

Método

Este estudo descritivo, que foi originário de um ensaio clínico randomizado controlado, cego, paralelo, de três braços (periodização linear [GP], não periodizado [GN] e controle inativo [GC]). O estudo incluiu voluntários, homens e mulheres com obesidade (Índice de Massa Corporal - IMC entre 30 kg / m² a 39,9 kg / m²), com idade entre 20 e 50 anos, não engajados em exercícios físicos nos três meses anteriores ao ensaio e moradores da região da grande Florianópolis-SC.

A divulgação do estudo se deu na mídia local (rádio, jornais, internet) e em grupos de convívio (distribuição de panfletos e fixação de cartazes) nas imediações da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Os interessados realizaram contato inicial a partir de ligações telefônicas, *e-mails* ou presencialmente sendo realizado cadastro prévio com informações principais de identificação e atendimento aos critérios de elegibilidade. Foram excluídos aqueles com outras comorbidades (e.g. diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia), sem disponibilidade ao horário de treinamento e com limitações osteomioarticular que impedissem a prática de exercícios físicos. Todos os participantes apresentaram autorização médica para ingressar no estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

O programa foi oferecido de forma gratuita, sendo que os voluntários não receberam nenhum tipo de auxílio durante a realização do estudo. A randomização aleatória dos participantes aos três grupos foi realizada por um pesquisador independente utilizando-se de *software on-line*, após as avaliações da linha de base. A taxa de alocação foi de 1:1:1, estratificada por sexo, idade e IMC. A lista de alocação foi mantida em sigilo para os avaliadores de todos os desfechos.

O regime de treinamento proposto para o GP e GN incluiu três sessões semanais (em dias alternados) de treinamento combinado (exercícios aeróbios e de força na mesma sessão), com 60 minutos cada sessão, ocorrendo por 16 semanas (1 semana de familiarização + 15 semanas de treinamento). As sessões foram estruturadas para conter 5 minutos de aquecimento + 50 minutos da parte principal (30 minutos de aeróbico + 20 de treinamento de força) + 5 minutos de volta a calma e foram realizadas entre 19h e 21h. GP e GN diferiram apenas na forma de periodização do treinamento, possuindo volumes equiparados ao final da décima sexta semana. Todos os detalhes, incluso as características das intensidades, os componentes dos treinamentos aeróbico e de força e as estruturas dos mesociclos podem ser facilmente verificadas no estudo de protocolo¹³. O grupo controle (GC) não recebeu nenhum tipo de intervenção e foi instruído a manter suas atividades rotineiras.

Os desfechos do estudo foram a adesão, a aderência a desistência, bem como o principal motivo a elas associadas. As definições operacionais de adesão são dadas como o ingresso no estudo com a participação em, ao menos, uma sessão de treinamento. A aderência foi determinada pelo percentual de sessões completas ao longo de todo o estudo¹⁴. A desistência refere-se ao abandono do treinamento a qualquer momento, antes do final programado. Além disso, calculou-se a média da frequência semanal dos participantes no GP e GN.

Até o presente momento não há instrumentos validados para a população de interesse para se detectar os motivos de adesão, aderência e desistência a programas de exercício físico. Além disso, ao utilizar abordagens qualitativas para obter as informações, pode-se contemplar motivos de forma mais abrangente e distinta para, se possível, pertinente e teoricamente coerente, agrupá-los em distintos constructos. Nesse sentido, utilizou-se um questionário digital, com perguntas abertas na identificação dos principais motivos pelo qual os participantes ingressaram, permaneceram ou desistiram de participar do estudo. Para identificar os motivos de adesão, na linha de base do estudo, a questão foi “Qual (is) o (s) principal (is) motivo que fez você participar deste estudo?”. Após a intervenção, para identificar a aderência, os participantes que completaram o estudo responderam à questão “Qual o principal motivo que fez você permanecer neste estudo?”. Aqueles que desistiram ao longo das semanas também foram convidados a refazer as avaliações iniciais e respondiam à questão “Qual o principal motivo que fez você desistir de participar des-

te estudo?”. Para elencar os termos foi feita a contagem da frequência das palavras escritas nas respostas com a filtragem de termos. Aquelas palavras que apareceram em maior quantidade e com maior representatividade dos motivos foram os termos unificados nas descrições. Além disso, foram inseridos no manuscrito alguns trechos literais das respostas dos participantes.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da instituição de origem (protocolo 2.448.674) e registrado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (RBR-3c7rt3). A descrição detalhada dos procedimentos metodológicos estão brevemente apresentadas, considerando que a totalidade das informações podem ser acessadas no estudo de protocolo previamente publicado¹³.

Para a análise dos dados, utilizou-se a média, o desvio padrão e as frequências absolutas das variáveis. A distribuição gaussiana foi verificada usando o teste de Shapiro-Wilk. Os testes t de Student e seu equivalente não paramétrico, teste de Mann-Whitney, foram utilizados para fazer as comparações de médias entre os grupos de intervenção. Foi considerado como estatisticamente significativos valores de $p \leq 0,05$. Todos os dados foram analisados no software Stata 14.0. A análise dos motivos para a adesão, aderência e desistência foi feita de forma descritiva, de acordo com a frequência em que foram relatadas pelos participantes, independentemente do grupo de alocação. A descrição dos motivos para adesão, aderência e desistência foram feitas de forma qualitativa. Utilizou-se o programa *Word Cloud Generator* que organiza informações em recursos gráficos. Construiu-se nuvens de palavras, isto é, uma imagem formada pelo diagnóstico das respostas obtidas nas questões selecionadas. O algoritmo determina as palavras-chave das respostas, quantifica e organiza de maneira visual a fim de representar o conteúdo. O tamanho da grafia das palavras e a espessura das letras são regidas pela relevância das ocorrências no texto.

Resultados

Foram avaliados como potenciais participantes 515 adultos, dos quais 372 não eram elegíveis e outros 59 foram consideradas perdas amostrais durante a primeira etapa de entrevistas. As razões de exclusão de participantes estão detalhadas na Figura 1. Dos 84 voluntários restantes, 10 desistiram, um não completou as avaliações e quatro perderam o contato com a equipe. Assim, foram randomizados 69 adultos igualmente distribuídos nos três grupos. Os participantes

do estudo possuíam média de idade de 34,7 anos ($\pm 7,1$ anos), majoritariamente do sexo feminino (60,9%), com ensino superior completo (79,4%) e viviam com companheiro (65,2%).

Com relação à adesão, o GN teve 20 participantes enquanto o GP teve 21 participantes. No final do estudo, restaram 10 participantes no GN e 14 no GP. Dos 23 participantes alocados ao grupo controle, 17 retornaram para fazer as reavaliações. Na Figura 1, são descritos todos os processos do estudo.

Na Tabela 1, são apresentados os dados de aderên-

cia e frequência semanal, onde é possível observar que não houve diferenças na participação ao treinamento entre os grupos. Relativo ao percentual de aderência ao estudo, a média da frequência semanal foi de 1,2 dias na semana, sendo que apenas três participantes do GN e quatro do GP atingiram 75% de participação. É possível observar também que, à medida que o tempo foi passando, a aderência foi diminuindo, gradativamente.

Tabela 1 – Comparação dos grupos adultos com obesidade praticantes de treinamento não periodizado e com periodização quanto ao percentual de aderência e frequência semanal às sessões de treinamento (n = 24).

	GN (n = 10) X(\pm EP)	GP (n = 14) X(\pm EP)	Valor p
Aderência geral (%)	64,0 ($\pm 6,1$)	58,6 ($\pm 5,9$)	0,540*
Aderência - mesociclo 1 (%)	72,6 ($\pm 5,8$)	69,5 ($\pm 5,9$)	0,719
Aderência - mesociclo 2 (%)	61,3 ($\pm 7,7$)	44,8 ($\pm 7,5$)	0,139*
Aderência - mesociclo 3 (%)	54,6 ($\pm 8,4$)	52,4 ($\pm 5,7$)	0,824*
Frequência semanal geral	1,9 ($\pm 0,2$)	1,8 ($\pm 0,2$)	0,547
Frequência semanal - mesociclo 1	2,1 ($\pm 0,2$)	2,1 ($\pm 0,2$)	0,719
Frequência semanal - mesociclo 2	1,8 ($\pm 0,2$)	1,3 ($\pm 0,2$)	0,139*
Frequência semanal - mesociclo 3	1,6 ($\pm 0,3$)	1,6 ($\pm 0,2$)	0,824*

X = média; \pm EP = erro padrão; GN = grupo não periodizado; GP = grupo periodizado; *Teste de Mann-Whitney.

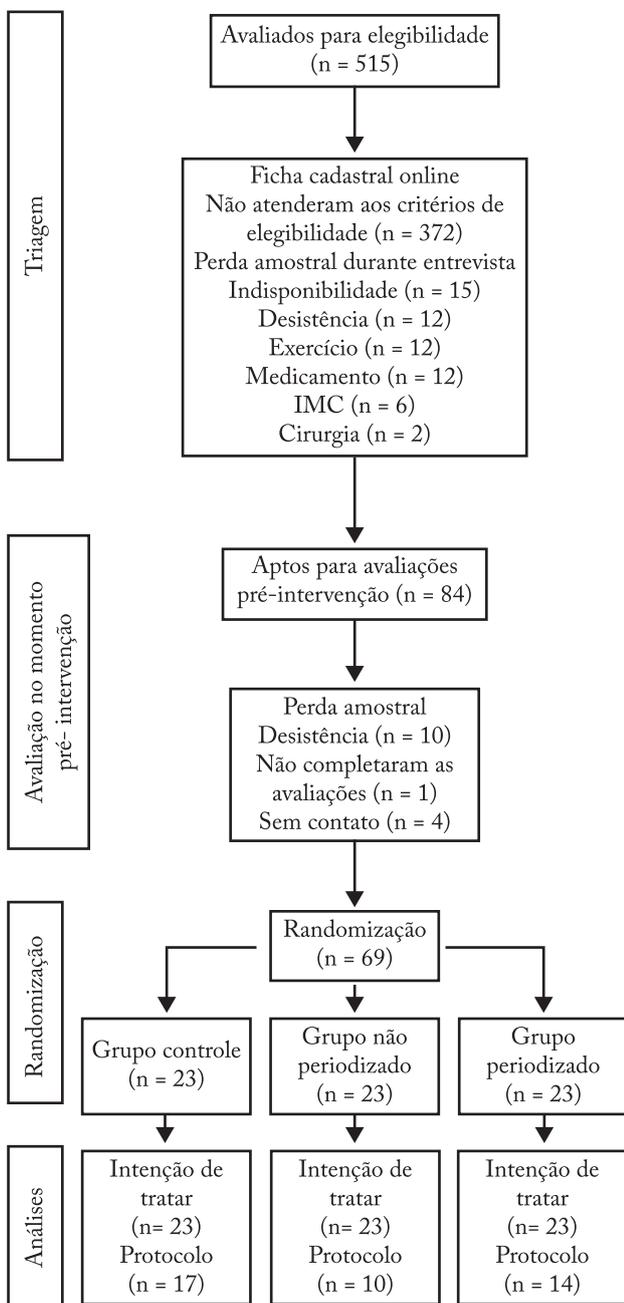


Figura 1 – Fluxograma do estudo.

Nas Figuras 2a, 2b e 2c estão agrupados os principais motivos elencados para a adesão, aderência e desistência, respectivamente, dos participantes do estudo. Com exceção da saúde, que esteve presente tanto nos motivos de adesão quanto de aderência, as demais respostas foram diversificadas de acordo com o momento (início, manutenção e abandono). Para a adesão, percebeu-se que os participantes consideraram a qualidade de vida e a estética como fatores importantes ao iniciar um programa voltado para práticas saudáveis. Os participantes 1 e 2 relatam:

Participante 1 - “Criar hábitos saudáveis relacionados a prática de exercício físico bem como auxiliar no projeto de extensão dos professores e alunos responsáveis.”

Participante 2 - “Melhorar minha qualidade de vida e minha aparência.”

Para a aderência, os aspectos principais estão relacionados ao comprometimento e à motivação. Os trechos a seguir indicam as percepções de alguns praticantes.

Participante 3 - “Permaneci no estudo por ter me comprometido com a equipe, por ter disponibilidade de horários e por que estava motivada a mudar meus hábitos de práticas esportivas.”

Participante 4 – “Comprometimento com o projeto, não conseguiria abandonar mesmo com vontade sabendo que envolvia toda uma pesquisa gratuita. Se eu não tivesse essa motivação talvez tivesse desistido, pois mesmo sabendo que precisa eu não gosto de fazer exercícios físicos.”

Participante 5 – “Melhoras na minha saúde e convivência com o pessoal.”



Nota: saúde (f = 69), qualidade de vida (f = 35), estética (f = 20), gratuidade (f = 11), convívio social (f = 4), recomendação médica (f = 2), curiosidade (f = 2) e relevância acadêmica (f = 1),

Figura 2a – Motivos para a adesão a um programa de exercício físico por adultos com obesidade (n = 69).



Nota: comprometimento (f = 20), motivação (f = 14), saúde (f = 12), emagrecimento (f = 8), prazer (f = 4), resultados (f = 3), testes e exames (f = 1), local (f = 1), treino (f = 1), e disponibilidade (f = 1),

Figura 2b – Motivos para a aderência a um programa de exercício físico por adultos com obesidade (n = 24).

No entanto, para a desistência, questões como o trabalho/estudos e a desmotivação foram mais relatadas. Na sequência, alguns trechos das respostas dos participantes.

Participante 5 – “Problemas de relacionamento e trabalho.”

Participante 6 – “Desânimo com situações do trabalho e pessoais.”

Participante 7 – “Falta de incentivo familiar.”



Nota: trabalho (f = 6), desmotivação (f = 5), estudos (f = 3), lesão (f = 2), problemas pessoais (f = 2), trânsito (f = 2), horário (f = 1), férias (f = 1), constrangimento (f = 1), e frio (f = 1),

Figura 2c – Motivos para a desistência a um programa de exercício físico por adultos com obesidade (n = 7).

Discussão

O presente trabalho identificou os motivos de adesão (início), de aderência (manutenção) e de desistência (abandono) de um programa de intervenção com exercício físico em adultos com obesidade, moradores de uma cidade do Sul do Brasil. A propósito, obteve-se baixa aderência ao treinamento, bem como, altos índices de desistência. Os motivos que explicam tais comportamentos estiveram relacionados à saúde e qualidade de vida para a adesão, comprometimento, saúde e à motivação para a aderência e, para a desistência, o trabalho e a desmotivação.

Em uma proposta semelhante à nossa, após 16 semanas de meia de treinamento, Gillet¹⁵ entrevistou as mulheres com obesidade questionando sobre os fatores que estiveram relacionado ao engajamento ao exercício físico. Dentre aqueles identificados pelas participantes estiveram homogeneidade do grupo (eram todas mu-

lheres, com idade semelhantes e com obesidade), interação social, sentimentos prazerosos associados ao aumento de energia e condicionamento físico, líder relacionado à saúde (gerando sensação de segurança e efetividade), compromisso com uma meta estabelecida, desejo para mudar a imagem corporal e desejo de mudar o estado de saúde e melhorar a saúde física.

A saúde e qualidade de vida estiveram entre os principais motivos para a adesão ao programa de exercícios físicos nos nossos resultados. De fato, a preocupação com a saúde costuma ser o principal motivo relatado à adesão à prática regular de atividades físicas e esportivas¹⁶. Em seguida, a estética também aparece. Ao que tudo indica estes aspectos estão bastante próximos, tal qual relata o praticante 2 ao ser questionado sobre o motivo de adesão: “*Melhorar minha qualidade de vida e minha aparência*. No estudo de Helland & Nordbotten¹⁷ todos os participantes foram questionados sobre os três motivos mais importantes para ingressar no projeto de atividade física e dieta. Quase sem exceção, os participantes relataram os mesmos objetivos: melhorar a forma física, reduzir a massa corporal e estabelecer rotinas de treinamento. As mulheres incluíram ainda melhorar a saúde.

Costa et al.¹⁸ também observaram que os principais motivos de adesão são saúde e qualidade de vida, ao lado da estética, sendo que 52% da sua amostra estava insatisfeita com o corpo. Além disso, a insatisfação corporal se mostrou relacionada com piores atitudes em relação ao exercício, como exercitar-se na presença de dor ou ficar muito chateado ao faltar uma aula. Estas constatações são relevantes e nos mostram o quão é importante que as reais intenções dos participantes sejam compreendidas, e, se necessário ajustadas logo no início do programa para que os objetivos de saúde e qualidade de vida sejam priorizados. Considerando ainda que a ênfase nos elementos da compreensão e satisfação com o corpo alicerçam o autocuidado e a saúde mental, principalmente, para a pessoa que vive com obesidade.

Com relação a baixa aderência dos participantes, nossos achados corroboram com dados já relatados em outros estudos que utilizaram programas de exercício físico com a população adulta obesa¹⁹. Khaled et al.²⁰ concluíram que mulheres com maior IMC foram menos aderentes ao exercício físico em comparação com aquelas com IMC menor. Tal tendência parece se estender para populações com outras DCNT, como dislipidemia, hipertensão arterial e diabetes²¹. Esta

constatação nos reporta a um importante desafio que é aumentar a aderência a programas de exercício físico em populações cujos benefícios são notórios tanto em prevenção primária como secundária. Para isto, Hemminhsson et al.²² destacaram em sua revisão narrativa três aspectos que determinam a aderência, são eles: influências cognitivas que englobam auto eficácia, ansiedade e motivação; influências comportamentais e sociais envolvendo auto monitoramento, suporte social, incentivos e, ainda, influências ambientais.

Saúde e qualidade de vida parecem se diluir, e emagrecimento, resultados e treino começam a aparecer. Essa modificação pode ser entendida como um processo natural oriundo do início do treinamento, mas pode também ser interpretada a partir da perspectiva de modificação dos objetivos dos participantes, buscando resultados estéticos e não necessariamente devido à saúde. Além disso, alguns aspectos iniciais da prática de exercícios podem proporcionar aumento da aderência, como o sucesso precoce da perda de peso, menor IMC basal e melhor humor²³. Obviamente, nem sempre isso é possível de se observar, o que faz com que seja necessário o correto esclarecimento dos objetivos inerentes do programa de exercícios, notoriamente para além da perda de peso imediata e com foco na saúde do participante em longo prazo. Jovens e indivíduos com problemas de humor, sejam derivados de doenças psicológicas ou da baixa qualidade de vida, podem necessitar de maiores incentivos para a aderência. Além disto, é imprescindível a compreensão da necessidade da prática continuada dos exercícios físicos para que as adaptações ao treinamento sejam alcançadas. A baixa frequência semanal nesse estudo repercutiu diretamente nessas adaptações, que, apesar de não serem nulas, possivelmente seriam superiores caso contemplassem as três sessões semanais propostas.

Quando analisamos os aspectos relativos à desistência (cerca de 40% ao final do estudo), constatamos que os principais motivos relatados foram o trabalho, estudos e desmotivação. Normalmente, o envolvimento com o trabalho e estudos tem forte relação com a administração do tempo, enquanto que a desmotivação pode sugerir a necessidade de suporte social ou mesmo questões cognitivas, como a auto eficácia. Estes determinantes da desistência são bastante reportados na literatura, em que a disponibilidade de tempo, a família e o apoio social parecem implicar na desistência à atividade física²⁰. No estudo de Forechi et al.²¹ o excesso de peso e a própria percepção de saúde negativa estiveram

associados a barreira para a prática de atividades físicas, o que corrobora com a população estudada. Nesse sentido, indivíduos com obesidade estão mais propensos a fatores psicológicos negativos como a baixa autoestima e vitalidade, aumento do estresse, ansiedade e de doenças de maior gravidade, como a depressão²⁴.

No início deste estudo, hipotetizou-se que o treinamento com periodização linear pudesse aumentar a aderência de indivíduos com obesidade ao programa de tratamento com exercícios físicos. Isso porque os princípios básicos do treinamento embasam e sugerem a necessidade de progressão para que os resultados do treinamento sejam contínuos e, ainda, que consigam interferir no processo de adaptação, inferindo sobre a homeostase corporal promovendo respostas consecutivas aos estímulos²⁵. Com isso, acreditava-se que a sobrecarga progressiva poderia ser peça chave no tratamento da obesidade, estando relacionada não só ao aumento das capacidades físicas, mas também a uma melhora no quadro de saúde em geral, e na continuidade ao programa. No entanto, esta hipótese foi refutada pelos achados. Para adultos inativos, as evidências sobre a superioridade do exercício periodizado sob o não periodizado para melhoras nos resultados de saúde ainda são embrionárias e inconclusivas²⁶. Mais pesquisas são requeridas para entender a eficácia da periodização do exercício físico em todos os desfechos de saúde, bem como na manutenção do programa em adultos com obesidade.

Algumas particularidades deste estudo devem ser destacadas com base nas observações dos próprios pesquisadores. O trânsito que costuma ser intenso na região onde a intervenção ocorreu, o clima desfavorável que prevaleceu na época do estudo e ainda, a ocorrência da copa do mundo de futebol, que em dias de jogos da Seleção Brasileira mudavam substancialmente a rotina dos participantes podem ter influenciado na aderência e a desistência ao programa. O programa de intervenção aqui estudado não teve como objetivo principal a manutenção dos participantes ao programa, e por isto não utilizou estratégias dessa natureza. Também, a ausência de questionários específicos que meçam os motivos de adesão, aderência ou desistência em adultos com obesidade deve ser considerada como uma limitação. Tais informações foram possíveis apenas considerando o relato dos participantes por meio de perguntas criadas pelos autores. Mesmo assim, as perguntas abertas oferecem respostas com maiores detalhes e não induzem as respostas. Deve-se levar em consideração que os relatos são oriundos de um cenário

real de exercícios físicos para pessoas com obesidade, constituindo de respostas autênticas das pretensões dessa população. Também, o estudo observou o comportamento dos participantes em três esferas (adesão, aderência e desistência), possibilitando a interpretação desses motivos em conjunto e não isolados.

É plausível destacar que o elevado número de participantes desistentes e a falta de aderência a tratamentos é uma característica recorrente nesta população, registrados em tratamentos farmacológicos²⁷, dietéticos²⁸, terapia cognitivo-comportamental²⁹ e ainda com cirurgia bariátrica³⁰. Uma hipótese que pode explicar em parte este comportamento, é o fato de que em pessoas que ainda não possuem o quadro de obesidade mórbida, a massa corpórea excessiva ainda não é compreendida como um importante fator de riscos e danos sérios à saúde. Com base nas considerações apresentadas, é possível que a inclusão de exercícios físicos conciliada ao horário de estudos e trabalho²⁰, suporte social, tratamento psicológico, dietético e ainda, reavaliações periódicas com respostas aos participantes possam prevenir o abandono do tratamento da obesidade³¹. Por fim, avaliar o ponto de vista dos participantes e as taxas de participação aos programas é fundamental, pois pode oferecer *insights*, expandir o conhecimento atual e fornecer evidências em apoio à concepção e implementação de intervenções mais eficazes¹⁹.

Os principais motivos de adesão e aderência a um programa de exercício físico por adultos com obesidade estiveram relacionados à saúde. Para a desistência, o trabalho e a desmotivação despontaram como os principais motivos. Além disso, a intervenção de 16 semanas teve uma baixa aderência, somada a altos índices de desistência. Sugere-se que novos estudos investiguem os motivos relacionados à manutenção da prática de exercícios físicos nessa população e que direcionamentos para intervenções com esta população sejam criados indicando estratégias que devem ser utilizadas para evitar o abandono ao treinamento.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Financiamento

O presente trabalho não recebeu apoio financeiro para sua execução. Anne Ribeiro Streb e Cecília Bertuol recebem bolsa de estudos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Willen Remon Tozetto recebe bolsa de estudos do

programa de bolsas universitárias de Santa Catarina (UNIEDU).

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram com contribuições substanciais para a concepção desse manuscrito. Streb AR, Tozetto WR e Bertuol C participaram da análise e interpretação dos dados, elaboração do artigo e aprovação da versão final a ser publicada. Benedet J e Del Duca GF contribuíram com a interpretação dos dados, revisão crítica do artigo e aprovação da versão final.

Referências

1. Angelantonio ED, Bhupathiraju SN, Wormser D, Gao P, Kaptoge S, Gonzalez AB, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet*. 2016;388(10046):776–86.
2. World Health Organization. *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. 2011.
3. BRASIL. *Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde*. 2018.
4. Dhar AK, Barton DA. Depression and the link with cardiovascular disease. *Front Psychiatry*. 2016;7:33.
5. Guedes DP, Legnani RFS, Legnani E. Motivação para a adesão ao exercício físico: diferenças de acordo com experiência de prática. *Rev Bras Ci e Mov*. 2012;20(3):55–62.
6. Guedes DP, Legnani RFS, Legnani E. Motivos para a prática de exercício físico em universitários e fatores associados. *Rev Bras Educ Fis Esporte*. 2012;26(4):679–89.
7. Shell AL, Hsueh L, Vraney EA, Clark DO, Keith NR, Xu H, et al. Depressive symptom severity as a predictor of attendance in the HOME behavioral weight loss trial. *J Psychosom Res*. 131;(2020):109970.
8. Pippi R, Di Blasio A, Aiello C, Fanelli C, Bullo V, Gobbo S, et al. Effects of a supervised nordic walking program on obese adults with and without type 2 diabetes: The CURIA Mo. Centre experience. *J. funct. Morfol*. 2020;5(3):62.
9. Sallis R, Franklin B, Joy L, Ross R, Sabgir D, Stone J. Strategies for promoting physical activity in clinical practice. *Prog Cardiovasc Dis*. 2015;57(4):375–86.
10. Lemos E, Bastos L, Silva G, Luna C, Gouveia G. Factors associated with adherence to the Academia da Cidade Program in Recife. *Rev Bras Ativ Saude*. 2016;21(5).
11. Abdi J, Eftekhari H, Mahmoodi M, Shojayzadeh D, Sadeghi R. Physical activity status and position of governmental employees in changing stage based on the trans-theoretical model in Hamadan, Iran. *Glob J Health Sci*. 2015;7(5):23.
12. Bevilacqua CA, Pelloso SM, Marcon SS. Estágio de mudança de comportamento em mulheres de um programa multiprofissional de tratamento da obesidade. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:1–10.
13. Streb AR, Silva RP, Leonel LS, Tozetto WR, Gerage AM, Benedet J, et al. Comparison of linear periodized and non-periodized combined training in health markers and physical fitness of adults with obesity: Clinical trial protocol. *Contemporary Clinical Trials Communications*. 2019;15:21.
14. World Health Organization et al. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization, 2003.
15. Gillett PA. Self-reported factors influencing exercise adherence in overweight women. *Nurs Res*. 1988; 37(1):25–29.
16. Balbinotti MAA, Zambonato F, Barbosa MLL, Saldanha RP, Balbinotti CAA. Motivação à prática regular de atividades físicas e esportivas: um estudo comparativo entre estudantes com sobrepeso, obesos e eutróficos. *Motriz*. 2011;17(3):384–94.
17. Helland MH, Nordbotten GL. Dietary changes, motivators, and barriers affecting diet and physical activity among overweight and obese: a mixed methods approach. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021;18(20):10582.
18. Costa ACP, Torre MCMD, Alvarenga MS. Atitudes em relação ao exercício e insatisfação com a imagem corporal de frequentadores de academia. *Rev Bras Educ Fis Esporte*. 2015;29(3):453–64.
19. Lemstra M, Bird Y, Nwankwo C, Rogers M, Moraros J. Weight-loss intervention adherence and factors promoting adherence: a meta-analysis. *Patient Prefer Adherence*. 2016; 10:1547.
20. Khaled SA, Elfakharany AT, Elazab DR. Effect of Body mass index on adherence to physical activity in females. *Int J Adv Res Biol Sci*. 2016;3(11):211–9.
21. Forechi L, Mill JG, Griep RH, Santos I, Pitanga F, Molina MCB, et al. Adherence to physical activity in adults with chronic diseases: ELSA-Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:31.
22. Hemmingsson E, Page A, Fox K, Rössner S. Influencing adherence to physical activity behaviour change in obese adults. *Näringsforskning*. 2001;45(1):114–9.
23. Burgess E, Hassmén P, Pumpa KL. Determinants of adherence to lifestyle intervention in adults with obesity: a systematic review: Adherence to lifestyle intervention in obesity. *Clin Obes*. 2017;7(3):123–35.
24. Moroshko I, Brennan L, O'Brien P. Predictors of dropout in weight loss interventions: a systematic review of the literature. *Obes Rev*. 2011;12(11):912–34.
25. Fleck SJ, Kraemer WJ. *Fundamentos do treinamento de força muscular*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2017.
26. Strohacker K, Fazzino D, Breslin WL, Xu X. The use of periodization in exercise prescriptions for inactive adults: A systematic review. *Prev Med Rep*. 2015;2:385–96.
27. Hameed MA, Tebbit L, Jacques N, Thomas M, Dasgupta I. Non-adherence to antihypertensive medication is very common among resistant hypertensives: results of a directly observed therapy clinic. *J Hum Hypertens*. 2016;30(2):83–9.
28. Grave RD, Calugi S, Molinari E, Petroni ML, Bondi M, Compare A, et al. Weight loss expectations in obese patients and treatment attrition: an observational multicenter study. *Obes Res*. 2005;13(11):1961–9.
29. Sawamoto R, Nozaki T, Furukawa T, Tanahashi T, Morita C, Hata T, et al. Predictors of dropout by female obese patients treated with a group cognitive behavioral therapy to promote weight loss. *Obes Facts*. 2016;9(1):29–38.
30. Sheets CS, Peat CM, Berg KC, White EK, Bocchieri-Ricciardi L, Chen EY, et al. Post-operative Psychosocial Predictors of Outcome in Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2015;25(2):330–45.

31. Colombo O, Ferretti VV, Ferraris C, Trentani C, Vinai P, Villani S, et al. Is drop-out from obesity treatment a predictable and preventable event? Nutr J. 2014;13:13.

Recebido: 11/10/2022

Aprovado: 21/01/2023

Como citar este artigo:

Streb AR, Tozetto WR, Bertuol C, Benedet J, Del Duca GF. Motivos de adesão, aderência e desistência de adultos com obesidade em um programa de exercícios físicos. Rev Bras Ativ Fis Saúde. 2022;27:e0289. DOI: 10.12820/rbafs.27e0289