

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS**

BRUNA KESSLER

ABANDONO DE UM PROGRAMA DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR: POR QUÊ?

**Porto Alegre
2014**

BRUNA KESSLER

ABANDONO DE UM PROGRAMA DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR: POR QUÊ?

Projeto do trabalho de conclusão de curso de graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração.

Orientador: Walter Meucci Nique

**Porto Alegre
2014**

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Composição grupo motivacional	25
Quadro 2 - Resultados grupo motivacional	31
Quadro 3 - Resultados entrevistas em profundidade	43

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	OBJETIVOS	9
2.1	OBJETIVO GERAL	9
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3	QUADRO TEÓRICO	10
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO	10
3.2	MARKETING DE SERVIÇOS	12
3.3	A ADERÊNCIA A UM PROGRAMA DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR	14
3.4	ABANDONO	16
3.5	MOTIVAÇÃO	18
4	MÉTODO	21
5	RESULTADOS	24
5.1	RESULTADOS GRUPO MOTIVACIONAL	24
5.2	RESULTADOS ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE	31
5.2.1	Percepções sobre a obesidade e o sobrepeso	33
5.2.2	Características do paciente	34
5.2.3	Abandono	35
5.2.4	Motivação	37
5.2.5	O tratamento e suas características	39
6	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	45
6.1.	LIMITAÇÕES DA PESQUISA E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS	48
	REFERÊNCIAS	50
	ANEXO A - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL	54
	ANEXO B - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE	55

1 INTRODUÇÃO

O número de pessoas que tem problemas por comer mais do que deveria ultrapassou o número de pessoas que passam fome (SANTIAGO, 2002). A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2013) apontou que 65% da população mundial vive em países onde o sobrepeso e a obesidade matam mais pessoas do que a desnutrição. Diante do exposto, é esperado que os problemas de sobrepeso estivessem *in voga* no cenário mundial, criando a necessidade pela busca por soluções eficazes.

Estudos como o de Damasceno et al (2006), afirmam que atualmente as relações com o corpo são amplamente influenciadas por fatores socioculturais. Esses fatores fazem com que as pessoas busquem uma eterna melhora na aparência física. A obesidade e o sobrepeso afetam a autoestima por deixarem o indivíduo descontente com seu corpo, o que faz com que um tratamento psicológico seja fundamental para tratar da obesidade. “A insatisfação com o excesso de peso parece ser mais regra do que exceção nas sociedades ocidentais” (SARWER et al, 2005). Segundo Nascimento, Bezerra e Angelim (2013), o obeso apresenta condições de sofrimento, não só físico, como também psíquico. É comum que o indivíduo forme um autoconceito negativo, quando se vê com excesso de peso.

A obesidade e o sobrepeso são definidos como “um acúmulo anormal ou excessivo de gordura que pode ser prejudicial à saúde” (OMS, 2013). Deste modo, pode-se considerar a obesidade como uma epidemia mundial. A causa fundamental dessa doença é um desequilíbrio entre a quantidade de calorias ingeridas e a quantidade de calorias gastas. De acordo com Ravenna (2006), essa epidemia surge de um complexo cruzamento entre fatores bioquímicos, metabólicos, de conduta e genéticos, que estão fortemente unidos às influências familiares, sociais e culturais. Existem diversas variáveis que interferem no excesso de peso, tais como: experiências adversas na infância, depressão dos pais, exposição repetida a comentários negativos sobre forma e peso corporal e predisposição genética (PIMENTA et al, 2009). Sendo assim, se mostra imprescindível que o tratamento da obesidade observe esses fenômenos.

Uma forma simples de identificar a doença é medir a obesidade, segundo a OMS, através do Índice de Massa Corporal (IMC). Para chegar a um valor se divide o peso do indivíduo, em quilogramas, por sua altura ao quadrado, em metros. Uma

pessoa com o IMC acima de 25 kg/m² é considerada com sobrepeso, já aquelas que têm IMC acima de 30 kg/m² são consideradas obesas. Essa fórmula é objetiva e utilizada por profissionais da área da saúde, a fim de identificar tanto quem precisa de tratamento, quanto quem apresenta níveis saudáveis de massa corporal.

O Ministério da Saúde (MS) (2012) apontou que Porto Alegre é a segunda capital brasileira com maior percentual de pessoas com excesso de peso, isto é, 54,1% da população tem o IMC maior ou igual a 25 kg/m². A pesquisa realizada também relata que a frequência de pessoas com obesidade tende a diminuir com o aumento do nível de escolaridade. Com isso, o alto índice de sobrepeso na cidade impõe que o combate à epidemia seja assegurado pelos profissionais da área da saúde que apresentem métodos legítimos para tratamento da obesidade.

É possível prevenir a obesidade de diversas formas. Segundo a OMS, é indispensável que, para evitar o excesso de peso, a pessoa mantenha um modo de vida saudável. Este modo deve ser facilitado por meio de políticas públicas e de serviços providos por organizações privadas. Kessler, Halpern e Zukerfeld (1997) apontam que o primeiro passo em direção a uma vida mais saudável é reconhecer a insatisfação com seu peso.

. De acordo com Damasceno et al (2006), as bases para um tratamento de combate ao sobrepeso e obesidade são a psicoterapia, dietas e medicamentos que estejam de acordo com a realidade de cada paciente. Para um tratamento ser eficaz, o paciente precisa ser assistido por uma equipe de profissionais com várias especialidades. Os hábitos alimentares de uma sociedade são determinados por uma série de fatores combinados entre si, coexistindo aspectos nutricionais, psicológicos, sociais e relativos à atividade física. Para modificação dos hábitos é necessária uma intervenção complexa (SHAROVSKY et al, 2005). Para Assis e Nahas (1999), viver uma vida mais saudável exige mudanças no estilo de vida, uma alimentação balanceada e a prática de atividades físicas. Por estes motivos, o autor aponta que o tratamento do sobrepeso tem como característica uma baixa adesão.

Dentro deste contexto, o Centro de Recuperação e Estudos da Obesidade (CREEO) é uma das empresas que auxilia no processo da perda de peso. Inaugurado há vinte e cinco anos na cidade de Porto Alegre, a empresa desenvolveu um método multidisciplinar de emagrecimento, com nutricionistas, médicos, psicólogos e educadores físicos, contabilizando mais de vinte mil pacientes ao longo

desse período. Aliando a reeducação alimentar e a atividade física, o grande diferencial do programa oferecido reside nos grupos terapêuticos, nos quais se compartilham as experiências de vitórias e de dificuldades, proporcionando o autoconhecimento e estimulando uma quebra de paradigma que levará à mudança de estilo de vida.

Os grupos acontecem de uma a seis vezes por semana, coordenados por psicólogos e o pagamento é feito através de mensalidades ou de pacotes de mensalidades. Nos encontros são trabalhadas desde questões emocionais relacionadas à comida, como, por exemplo, o comportamento nas mais variadas situações cotidianas, e o vínculo com os alimentos, construindo discernimento acerca das necessidades e excessos.

Ao iniciar o tratamento no CREEO, o cliente busca atingir um único objetivo: o emagrecimento de forma eficaz. Para o fundador do método, Marcelo Kessler, a obesidade pode ser tratada, mas não curada. O objetivo da instituição é dar ferramentas para que o cliente chegue ao peso desejado e o mantenha ao longo da vida. Para chegar a esse peso, o CREEO desenvolveu um método próprio que consiste na mudança de hábitos, propondo uma nova maneira de encarar a comida, baseada nos fracassos de tentativas passadas pelos pacientes, através de grupos de apoio.

De acordo com Guttierres e Alfenas (2007), a reeducação alimentar deve-se basear em uma dieta de muito baixo teor de calorias, chamada cetogênica. É durante as consultas individuais, com médicos e nutricionistas, que o paciente recebe a prescrição. Uma das maiores vantagens da dieta cetogênica é proporcionar o corte alimentar abrupto de carboidratos, para romper com a produção de fome excessiva e garantir o emagrecimento rápido.

Diante das dificuldades encontradas, muitos clientes desistem do tratamento antes de chegar ao peso desejado. O abandono ocorre aos poucos: se começa faltando nos grupos de apoio, seguido do descumprimento do plano alimentar proposto e por fim não são feitas mais consultas individuais com os profissionais da área da saúde. Dessa forma, as mensalidades acabam por não serem renovadas e o paciente se desvincula da instituição.

Ao optar por um serviço que ofereça auxílio no processo de perda de peso, o cliente deve estar disposto a seguir a técnica proposta para que o resultado

esperado seja satisfatório. Sendo assim, para iniciar um tratamento que exige mudanças comportamentais o primeiro passo é estar motivado, contudo essa motivação não é garantia de sucesso (DICLEMENTE; BELLINO; NEAVINS, 1999).

Para tanto, é importante compreender os mecanismos que motivam o cliente a participar de serviços contratados na área da saúde. É possível conceituar um motivo como: “uma necessidade que é suficientemente importante para levar a pessoa a agir” (KOTLER; KELLER, 2006, p. 183). Vendo o sucesso de seu tratamento, o cliente tende a permanecer ainda mais motivado a manter o vínculo com o programa contratado.

Através do presente estudo, pretende-se entender o comportamento daqueles que em algum momento da sua vida passaram por um processo de reeducação alimentar. Com esta finalidade, serão expostas, entre outros aspectos, a motivação que induz o cliente a atingir seu objetivo nas diversas fases do tratamento; e as expectativas no momento de adesão ao tratamento. Ademais, pretende-se, através da compreensão dos aspectos comportamentais, construir insumos para que, no futuro, possam ser sugeridas novas técnicas que ajudem no processo de redução do sobrepeso.

A escolha se justifica pela necessidade de aproveitar a captação de novos entrantes em programas de reeducação alimentar. Além disso, sabe-se que a rotatividade é bastante grande, pois à medida que se captam novos clientes, também se perdem muitos, devido ao alto índice de abandono. Se o cliente não estiver disposto a aderir ao tratamento, não se envolver e não perceber valor agregado a sua compra, não alcançará os resultados almejados e possivelmente se desvinculará da organização.

Diante do exposto, o presente trabalho sugere a seguinte questão: **Quais são as razões que levam à desistência de um tratamento de reeducação alimentar?** O estudo busca propor estratégias para diminuir a desistência e aproximar um maior número de clientes do seu objetivo central: o emagrecimento. Para tanto, é importante descobrir quais são os motivos que levam algumas pessoas a desistirem de seguir adiante um tratamento.

Desta forma, estudar os fatores que levam a desistência de um programa de emagrecimento representa os interesses da organização, bem como da sociedade como um todo, especificamente em Porto Alegre, pois como mostram os dados, a

epidemia tomou uma proporção alarmante na capital. Acredita-se que os resultados servirão de diretrizes para as futuras práticas da empresa melhorando a qualidade dos serviços oferecidos pelo CREEO.

2 OBJETIVOS

Para responder a pergunta postulada no capítulo anterior, nós propomos os seguintes objetivos, divididos em geral e específico.

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as razões que levam à desistência de um programa de reeducação alimentar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analisar o motivo pelo qual os clientes abandonam o tratamento antes de atingirem o objetivo proposto inicialmente;
- b) Identificar os aspectos que podem facilitar a adesão continuada ao programa de reeducação alimentar;
- c) Reconhecer o momento no qual os clientes optam por abandonar o programa.

3 QUADRO TEÓRICO

No presente capítulo, será realizada a caracterização da empresa estudada, assim como a revisão de literatura, ambos os conteúdos servirão como embasamento para a elaboração do estudo proposto. O desenvolvimento deste capítulo funcionará como guia para a pesquisa proposta. Apresenta-se, inicialmente, a caracterização da empresa. Após, serão colocados tópicos como a contextualização do marketing de serviços. O capítulo segue com a explicação de como se dá a aderência a um programa de reeducação alimentar. Posteriormente será abordado o tema abandono e, por fim, serão apresentados aspectos relacionados à motivação dos indivíduos ao longo de um tratamento para obesidade e sobrepeso. A análise deste conteúdo possibilitará um maior entendimento do que há de mais relevante a respeito do assunto tratado.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

Fundado em 1989 em Porto Alegre, pelo assistente social Marcelo Eduardo Kessler, o CREEO proporciona aos que sofrem de obesidade e sobrepeso, um tratamento diferenciado dos demais oferecidos no estado. O método é baseado em grupos de apoio e trabalha através de uma equipe multidisciplinar composta por profissionais da área da saúde. O objetivo do método é mudar a forma como os participantes se relacionam com a comida. Atualmente o CREEO possui sua matriz em Porto Alegre/RS no bairro Rio Branco e uma filial no bairro Tristeza, Zona Sul da cidade.

O grupo tem o intuito de proporcionar um acompanhamento mais frequente, no qual os participantes criam vínculo e trocam experiências e estratégias, visto que, no que se refere aos desafios da doença tratada, a dificuldade maior é manter o foco e a motivação. Nos encontros se trabalham desde questões práticas de como enfrentar situações expostas no dia a dia até questões mais individuais, como a compulsão alimentar, a ansiedade, o estresse, a voracidade e o imediatismo. No grupo se aprende a “separar a comida das emoções” e a identificar a diferença entre fome e vontade de comer. Além disso, no grupo, um indivíduo estimula o outro, isto é, há uma motivação coletiva e apoio constante.

A equipe multidisciplinar é composta por médicos, nutricionistas, psicólogos e professores de educação física. O papel da consulta médica é avaliar se o paciente tem algum impeditivo que dificulte o resultado eficaz do programa. Já a nutricionista tem a atribuição de definir os objetivos e metas em relação ao peso ideal a ser atingido junto ao participante. Além disso, é durante a consulta nutricional que se elabora o plano alimentar para trabalhar a reeducação alimentar. O psicólogo é o profissional que coordena o grupo de apoio e os professores de educação física organizam caminhadas orientadas, que ocorrem diariamente em horários determinados.

A filosofia de trabalho do CREEO segue três pilares fundamentais:

- a) Mudança no estilo de vida: para que o tratamento tenha o resultado esperado em longo prazo, é fundamental a realização de mudanças estruturais no estilo de vida;
- b) Reeducação alimentar sem uso de medicamentos: sabendo que a compulsão alimentar é uma das principais causas do sobrepeso e obesidade, a proposta do CREEO é utilizar técnicas para lidar com o autocontrole, através de dietas de baixo teor calórico e acompanhamento psicológico;
- c) Atividades físicas: a equipe do CREEO orienta e estimula todos os seus pacientes a praticar atividades físicas com periodicidade.

Antes de tornar-se paciente do CREEO, a empresa realiza uma reunião de apresentação com o *prospect* interessado, a fim de apresentar-lhe as possibilidades de programa e indicar-lhe o melhor a ser seguido, conforme o objetivo, disponibilidade de tempo e investimento que o interessado possui. Após a primeira reunião de apresentação, o paciente passará pelas consultas individuais com médicos e nutricionistas. Neste momento ele receberá um acompanhamento personalizado, em que serão obtidas suas medidas antropométricas, será realizada uma avaliação clínica e no final será entregue a dieta específica. Paralelo às consultas, o paciente começa a frequentar o programa indicado. Os tipos de programas são:

- a) Programa Alto Impacto: baseia-se em encontros em grupos que ocorrem até seis vezes na semana. É voltado para quem busca um resultado mais imediato e necessita maior motivação inicial. São utilizadas dietas específicas de muito baixo teor calórico. Exige uma maior disponibilidade de horários do paciente, devido à maior frequência de encontros.
- b) Programa Regular: baseia-se em encontros em grupos que ocorrem uma vez por semana com reforço no sábado. São amparados por dietas com ou sem carboidratos, promovendo um emagrecimento gradual.
- c) Programa Individual: estruturado através de consultas individuais com nutricionistas ou psicólogos. É indicado para aquelas pessoas que não conseguem se encaixar nos horários de grupos disponíveis ou, por algum motivo, não são consideradas agrupáveis.

A missão do CREEO é proporcionar às pessoas mudanças notáveis em suas filosofias de vida, oportunizando bem-estar. Já a visão, é atender com qualidade e confiabilidade na região sul do país com foco no combate à obesidade e ao sobrepeso, obtendo crescimento da empresa com profissionalização até 2020.

A estrutura organizacional da empresa é enxuta, subdividida em direção, equipe administrativa e equipe técnica. O nível estratégico é composto pelo diretor e supervisora administrativa. A equipe operacional administrativa é composta por uma gerente geral, assistente financeiro, assistente de marketing e recepcionistas. Já a equipe técnica possui psicólogos, médicos, nutricionistas e educadores físicos. Essa estrutura totaliza trinta colaboradores que prestam serviço às duas unidades.

Os principais clientes que utilizam o serviço oferecido pelo CREEO são pessoas obesas ou com sobrepeso que desejam obter hábitos mais saudáveis a fim de emagrecer. Deste público, a maior parte são mulheres, pertencentes da classe A e B.

3.2 MARKETING DE SERVIÇOS

De acordo com Lovelock e Wright (2007), podemos conceituar serviços como toda a atividade econômica responsável pela criação de valor e fornecimento de benefícios a clientes em um determinado tempo e local. Os serviços também podem

ser definidos como “tarefas intangíveis que satisfazem as necessidades dos consumidores e usuários de negócios” (BOONE; KURTZ, 2009, p. 378). Tinoco e Ribeiro (2008) complementam reiterando que os prestadores de serviço devem priorizar esforços que ressaltem os benefícios oferecidos. Para estes últimos autores, a percepção de qualidade dos serviços depende dos julgamentos dos consumidores, que se baseiam principalmente em critérios subjetivos. O segredo para o sucesso de uma empresa prestadora de serviços está em “criar um serviço que atenda às necessidades e desejos dos clientes da empresa, e em facilitar o acesso a esse serviço de uma forma que proporcione valor e satisfação para esse cliente” (BLOOM; KOTLER; HAYES, 2002, p. 11).

Existe uma convergência entre os autores ao estabelecer as principais características da prestação de serviços. Elas estão divididas em: intangibilidade, indivisibilidade, variabilidade e perecibilidade. A intangibilidade do serviço significa que antes de ser adquirido ele não pode ser observado, provado ou cheirado. A indivisibilidade quer dizer que não se pode separar o serviço das pessoas que trabalham na prestação. A variabilidade traduz que nenhuma prestação de serviço é igual à outra, pois os profissionais estão sujeitos a cometer erros no atendimento. Por último, a perecibilidade indica que o serviço não pode ser estocado, já que depende da disponibilidade de horas dedicadas ao atendimento pelo profissional (KOTLER; KELLER, 2006).

Por fim, é importante ressaltar que empresas prestadoras de serviço devem elaborar estratégias de retenção ao cliente. Para exemplificar a afirmação, Bloom, Kotler e Hayes (2002), fazem uma analogia com a “teoria do balde furado”, justificando que, para encher um balde furado, o primeiro passo seria tapar os buracos, pois caso contrário, seria desperdiçada muita água que está sendo colocada no balde. A relação da teoria aplicada à empresa associa o preenchimento do balde à captação de novos clientes, e tapar os buracos, à manutenção da clientela antiga. Ou seja, não adianta concentrar as energias na captação de novos clientes se os antigos estão se afastando, o investimento não será compensado.

3.3 A ADERÊNCIA A UM PROGRAMA DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR

Para Assis e Nahas (1999), a retenção de clientes é crucial para o sucesso dos negócios e muitos são os fatores que influenciam na aderência do cliente ao programa de reeducação alimentar. Segundo os autores, a aderência depende diretamente do cliente: do seu comportamento e envolvimento, do vínculo que ele faz com o profissional que presta o serviço, do grau de satisfação em relação à qualidade do serviço do centro e, por último, da adesão à dieta prescrita. Jin et al (2008) afirmam que clientes que buscam esse tipo de tratamento avaliam se o benefício do programa compensará o custo do esforço que terão que fazer para atingirem o resultado proposto. Esse processo pode ser de forma consciente ou inconsciente.

No contexto de prestação de serviços, o cliente pode contratar um serviço, mas somente através de sua presença e participação ativa o resultado poderá ser efetivamente concretizado, impactando na maior qualidade e eficiência do serviço. Alguns exemplos de serviços que dependem da participação do cliente podem ser: as academias de ginástica, dietas com acompanhamento e tratamentos da área da saúde. Nestes casos, o prestador oferece a estrutura e as ferramentas necessárias, mas a maior parte do trabalho deve ser executada pelo cliente (GOMES, 2014).

Bitner et al (1997) fizeram um estudo empírico, no qual é possível concluir que a participação do cliente contribui positivamente na qualidade do serviço prestado e no grau de satisfação do cliente. Através da pesquisa, o autor avaliou a relação entre o nível de engajamento dos clientes e o grau de sucesso no programa de emagrecimento *Weight Watchers*.

Para que um consumidor se envolva ativamente no programa, isto é, para que ele siga o plano alimentar proposto, ele deve ver o resultado do tratamento, ou seja, o emagrecimento. Além disso, uma das vantagens do cliente participar ativamente da prestação de serviço é a elevação da sua autoestima, pois sendo ele próprio responsável por suas conquistas, ele sente que tem controle sobre consequências do tratamento (LEGNICK-HALL, 1996).

Contudo, é importante lembrar que nem todos os clientes que ingressam no tratamento estão dispostos a participar de forma ativa. Alguns clientes pensam que seu esforço e participação no programa serão menores do que efetivamente é

exigido. Portanto, a organização deve se antecipar e elaborar estratégias que possam aumentar as chances de obter uma maior dedicação de seus clientes (JÚNIOR; MIYAKE, 2011). Algumas dessas estratégias podem ser: aumentar o nível de confiança do paciente com a organização, não propor aos novos clientes mudanças muito radicais em suas rotinas, entender os hábitos e expectativas dos consumidores em relação ao método e mostrar para o paciente os benefícios que este terá ao ingressar no tratamento.

Para Fishman (1995), o fator que mais influencia na aderência do cliente ao programa é o vínculo que este faz com o prestador de serviço, sendo um elo essencial para o sucesso do tratamento. O autor sustenta que há evidências de que a família do paciente, amigos e um sistema de apoio social também contribuem significativamente para a aderência no tratamento e uma conseqüente melhoria da saúde.

Quanto mais o cliente acredita que o profissional que está prestando o serviço é um perito no assunto, mais ele estará atento no que ele tem a dizer e mais seguirá suas orientações. Deste modo, quanto maior é o conhecimento do profissional, maiores são as chances de o paciente seguir o que ele orienta. Portanto, é importante que a organização, sempre que possível, saliente a qualificação do profissional que está atendendo, deixando seu currículo em um lugar de fácil acesso e expondo seus cursos e qualificações no consultório (DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004).

É fundamental que os profissionais que atuam em programas de tratamento contra a obesidade desenvolvam uma relação com o paciente, na qual utilizem as habilidades de aconselhamento e escuta, de maneira a reforçar o vínculo construído (FOREYT; POSTON II, 1998). Sendo assim, a atitude do prestador de serviço deverá ser estimuladora e compreensiva, sem ser autoritária nem diretiva. Ele deve ser firme e mostrar que o resultado depende do paciente, portanto não pode ter o papel de “curandeiro”. O paciente não deve ser julgado, apenas tratado (BRAGUINSKY, 1998).

A satisfação do cliente é outro importante indicador de aderência ao programa, pois quanto mais satisfeitos estão os clientes, mais vinculados estes estarão ao método e à instituição. Para Kotler e Keller (2006), a satisfação é a sensação de prazer resultante da comparação entre o que era esperado e o que foi

realmente desempenhado por um produto ou serviço. Se o desempenho alcançar as expectativas, o cliente ficará satisfeito.

Dentro do mercado de serviços de reeducação alimentar, a satisfação do cliente está diretamente ligada ao alcance do resultado: o emagrecimento. Por isso, a satisfação é alcançada em um segundo momento, já que o primeiro passo é o cliente cumprir as orientações propostas pelo método, ou seja, mudar sua rotina. A única maneira de que este fique satisfeito a longo prazo é abrindo mão de seus hábitos insalubres, deixando de comer doces e frituras (DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004).

De acordo com Assis e Nahas (1999), outro fator que influencia na aderência do cliente ao programa de reeducação alimentar é a adaptação deste à dieta prescrita. Por isso, quanto mais complexa é a dieta proposta, mais difícil será a adaptação do indivíduo, já que exigirá uma mudança significativa na rotina diária e no estilo de vida. Como a comida é o primeiro recurso de vazão emocional, ou seja, a primeira forma de aliviar medos, angústias, frustrações e ansiedade, ter o alimento restrito pode causar uma mudança drástica no humor da pessoa.

Deste modo, se a dieta levar à redução da fome, maior será a aderência ao tratamento por parte do indivíduo. Para tanto, é recomendado combinar proteínas e carboidratos de baixo índice glicêmico (cereais integrais, verduras, frutas). Devido ao fato de que esses alimentos têm uma absorção mais lenta, eles proporcionam uma sensação de saciedade prolongada, fazendo com que a percepção de fome demore mais para aparecer (BRAGUINSKY, 1998).

3.4 ABANDONO

São diversas as possíveis causas de abandono do tratamento contra o sobrepeso e obesidade, variando de pessoa para pessoa. São citadas como causas frequentes a ansiedade, a relação com a comida e com antigos hábitos. Niquini, Navarro e Bessa (2012) realizaram uma pesquisa e constataram que os principais motivos para o abandono do tratamento são a perda de velhos hábitos, a ansiedade, a dificuldade da realização do plano alimentar em datas comemorativas e a pouca quantidade de comida permitida para ingestão ao longo do dia.

Empresas que trabalham com um serviço de emagrecimento têm um alto índice de rotatividade de clientes, ou seja, conquistam novos, mas muitos terminam por abandonar o tratamento antes de sua conclusão. Kotler e Keller (2006) afirmam que os clientes de hoje são muito difíceis de agradar, pois são cada vez mais exigentes, não perdoam falhas e recebem a toda hora oferta de concorrentes. Centros que trabalham com a recuperação da obesidade são considerados mercados migratórios, pois os clientes participam por um tempo, podem abandonar o tratamento, mas depois podem retornar.

É importante que as empresas prestadoras de serviço tenham consciência de que clientes que ficam mais tempo satisfeitos geram uma maior lucratividade. Uma das razões é porque o custo de satisfação de um cliente novo é muito maior do que o custo daqueles já existentes. Outra razão é que, à medida que a empresa segue prestando serviços para clientes já conquistados, ela pode utilizar profissionais menos qualificados para prestar o mesmo serviço, pois os clientes já se sentem à vontade com a empresa, confiam nela. Ainda, um bom relacionamento desenvolvido com o cliente, fará com que este perceba um maior valor e conseqüentemente, um menor custo (BLOOM; KOTLER; HAYES, 2002).

Inevitavelmente, muitos clientes que iniciaram o programa acabam por abandonar antes de conquistar sua meta devido à dificuldade de um processo de reeducação alimentar. O desafio da organização, neste caso, é reconquistar aqueles clientes que saíram insatisfeitos através da utilização de estratégias de reconquista. Para entender as causas da desistência, sugere-se entrevistar aqueles clientes que abandonaram o tratamento (KOTLER; KELLER, 2006).

Kotler e Keller (2006) definiram cinco passos para tentar reduzir o alto nível de perda de clientes. O primeiro é calcular o índice de retenção: no caso de uma universidade, pode ser o número de alunos do primeiro ano, que se matricularam na segunda etapa. O segundo é identificar a causa dos problemas dos clientes e gerenciá-las. Se um cliente abandonou o tratamento por mau atendimento ou por falta de empatia com os profissionais, pode-se fazer muito para reconquistá-lo. O passo seguinte é estimar quanto de lucro a empresa perde quando um cliente desiste do programa. O lucro que a empresa deixa de ter é igual ao valor do cliente ao longo do tempo. O quarto passo é “calcular quanto custaria reduzir os níveis percentuais da perda de clientes. Se o custo for menor que o lucro perdido, ela

deverá investir esse valor para reduzir tais níveis” (KOTLER; KELLER, 2006, p. 157). O último passo é ouvir os clientes, escutar seus *feedbacks*.

Segundo Beck (2007), para permanecer com o peso almejado, é necessário que o indivíduo não perceba o emagrecimento como um processo finito, e sim como o início da aquisição de novos hábitos. Araujo (2013) complementa que seria fundamental entender os motivos que levam um paciente a não abandonar tais novos hábitos e como se dá a motivação para mantê-los.

3.5 MOTIVAÇÃO

A motivação pode ser conceituada como a força motriz das pessoas, é ela que faz com que os indivíduos sejam capazes de agir. É o impulso que impele um comportamento a um determinado objetivo (CZINKOTA, 2001). Para Assis e Nahas (1999), a motivação instiga o comportamento, fornece direção ao propósito, permite a persistência de uma postura e conduz às escolhas ou preferências de um determinado indivíduo.

A motivação tem dois componentes: o impulso ou estímulo e o objetivo - um sem o outro não produzem efeitos. O impulso é um estado interno, enquanto que o objetivo é algo externo. O impulso dá a energia necessária para agir e o objetivo é o caminho que o impulso segue (CZINKOTA, 2001).

Avanços em estudos da psicologia social definem que o objetivo pode ser dividido em duas partes significativas. Uma delas, na qual se encontra a teoria motivacional clássica, defende que o indivíduo é consciente e ativo na definição de seu objetivo. A outra parte defende que o indivíduo não é ativo e também não é consciente na seleção do objetivo (BARGH; GOLLWITZER; OETTINGEN, 2010).

Neste contexto, a motivação pode ser manifestada em cinco diferentes aspectos: necessidades, emoções, envolvimento, psicografia e atitude. As necessidades são espaços entre o estado atual e aquele que se quer atingir. Já as emoções são o dar-se conta de alguma ocorrência psicológica, seguida por um comportamento. O envolvimento é o grau de importância que um consumidor dá a um determinado produto ou serviço. Além disso, este pode ser caracterizado por ser continuado, isto é, quando o grau de interesse segue uma base permanente; ou situacional, quando o envolvimento é temporário e deixa de existir quando o

problema é resolvido. O aspecto da psicografia é a junção das características pessoais, ou seja, os valores, o autoconhecimento e o estilo de vida do indivíduo. O quinto aspecto é a atitude, que é a predisposição aprendida para responder a um objeto de maneira consistentemente favorável ou desfavorável (CZINKOTA, 2001).

Segundo Assis e Nahas (1999), existe um consenso sobre a admissão da existência de fontes intrínsecas para a motivação do ser humano. Entretanto, há uma linha de pensamento que acredita que fontes extrínsecas, aquelas que estão presentes no meio ambiente, também têm influências diretas, de fora para dentro, na motivação. Para Pinto (2010), a motivação pode ser caracterizada por sua dualidade, uma vez que abrange tanto aspectos intrínsecos quanto extrínsecos ao indivíduo. O desejo de perder peso ou de ter uma boa saúde são exemplos de motivação intrínseca. Já as orientações médicas, bem como as queixas de familiares em ocasiões sociais sobre o consumo alimentar de um indivíduo são exemplos de motivações extrínsecas. (TORAL; SLATER, 2007).

Para Rollnick (1996), a motivação determina o comportamento em um determinado momento, portanto metas de longo prazo podem ser abandonadas em detrimento de metas de curto prazo, visto que é possível que a motivação do momento sofra alterações conforme a situação vivida. Para exemplificar a teoria, o autor justifica que ser magro depende de uma motivação de longo prazo, enquanto que comer uma torta de chocolate é uma ação imediata.

Os transtornos de dependentes, como é o transtorno alimentar, ocorrem essencialmente por problemas de motivação ou falta desta, como afirma Heather (1992). Segundo o autor, é a motivação que leva o indivíduo a atingir o objetivo esperado, entretanto, existe uma tendência humana de ignorar os problemas sem mesmo buscar uma solução para estes.

Portanto, Araujo (2013) conclui que para tratar a obesidade é imprescindível que o paciente esteja motivado para a mudança de comportamento. O processo motivacional não é dicotômico, ou seja, não se está ou não está motivado, tampouco é linear, pois os níveis de motivação vão variando ao longo do tempo para mais ou menos. O processo motivacional é dinâmico e está sujeito a influências internas e externas. Uma forma de avaliar a motivação do paciente é analisar a sua prontidão para a mudança.

De acordo com Bittencourt (2009), a prontidão para a mudança é a conscientização da pessoa pelo seu problema somado à sua confiança em acreditar no seu potencial de mudar. É a partir da prontidão que se busca ajuda para iniciar, manter e terminar um tratamento para a obesidade.

Prochaska e DiClemente (apud ARAUJO, 2013) propuseram um modelo que avalia os estágios motivacionais pelos quais o indivíduo transita. O primeiro estágio é a *pré-contemplação*: neste momento, o paciente ainda não conseguiu identificar seu comportamento como sendo um problema, e por isso, não considera a possibilidade de mudar. O segundo estágio é a *contemplação*, no qual o paciente já enxerga o problema, entretanto está ambivalente quanto à mudança. O estágio subsequente é o de *determinação*, período em que o paciente decide mudar. Nesta fase, são elaboradas as primeiras estratégias para passar para a próxima etapa, que é chamada de *ação*. No estágio de ação os indivíduos mudaram, de forma clara, o seu comportamento por um período determinado de tempo. O último estágio é o de *manutenção* do novo comportamento, quando devem ser trabalhadas técnicas de prevenção à recaída. Esse período é considerado um grande desafio, pois é necessário um esforço constante do indivíduo para consolidar os ganhos conquistados nas outras fases (ARAUJO, 2013).

4 MÉTODO

O presente capítulo visa expor o método utilizado neste trabalho para alcançar o objetivo geral e os objetivos específicos previamente delimitados. Pesquisar o abandono de determinado programa é entender porque as pessoas se comportam de determinada maneira. Além disso, quando se conhece os motivos que estão por trás dos comportamentos, é mais fácil influenciar e interferir na maneira como os indivíduos irão agir em situações futuras.

Visto que o intuito deste estudo é entender o comportamento apresentado por clientes participantes de um determinado tratamento de reeducação alimentar, isto é, descobrir suas ideias e percepções, a pesquisa proposta foi de caráter exploratório. Gil (1999) aponta que a principal finalidade da pesquisa exploratória é desenvolver e esclarecer conceitos e ideias. Para Malhotra (2006), a pesquisa exploratória é um processo flexível e não estruturado. “A amostra, selecionada para gerar o máximo de discernimento, é pequena e não representativa. Os dados primários são de natureza qualitativa” (MALHOTRA, 2006, p.99).

Por se tratarem de um tema pessoal, questões como ansiedades e autoestima são delicadas de serem pesquisadas. São assuntos presentes no subconsciente humano e, muitas vezes, as respostas não são sinceras já que podem estar ligadas à defesa do ego. O mesmo se aplica quando se pesquisa sentimentos. Portanto, nesses casos, é indicada a pesquisa qualitativa (MALHOTRA, 2006).

Levando em consideração os objetivos propostos, o método qualitativo é o mais adequado porque tem como finalidade explorar diferentes tipos de opiniões e entender diferentes visões sobre o mesmo assunto. Sendo assim, a pesquisa qualitativa tem poucos participantes e os dados gerados não estão em forma de estatística, pois requerem interpretação e análise detalhada das informações obtidas (NIQUE; LADEIRA, 2014).

A pesquisa qualitativa é indicada para melhorar a efetividade de um programa, ou seja, quando se quer criar alguma intervenção através de criação de metas (ROESCH, 2012). Dentro do método qualitativo foram apresentadas duas maneiras de coletar dados: grupo motivacional e entrevistas em profundidade.

Malhotra (2006, p.127) define o grupo motivacional como sendo uma “entrevista realizada de maneira não estruturada por um moderador treinado junto a um pequeno grupo de respondentes”. Para Nique e Ladeira (2014), o grupo reúne indivíduos que são estimulados a compartilharem seu ponto de vista sobre o tema proposto. Nessa modalidade se pode ter uma discussão mais aprofundada do tema em questão. Para Malhotra (2006) uma das vantagens de se utilizar esta técnica são resultados inesperados que surgem e que acrescentam a pesquisa, isto porque os entrevistados agem de uma maneira espontânea, pois as perguntas não são específicas e direcionadas a apenas uma pessoa. De acordo com Nique e Ladeira (2014, p. 80), o grupo motivacional “é aconselhado para ser utilizado em pequenos grupos, tendo um planejamento antecipado”.

Para aumentar o conhecimento acerca do tema trabalhado, a pesquisa segue com em entrevistas em profundidade, visto que estas são indicadas para quando se trata do tema comportamento. Ao contrário do grupo motivacional, as entrevistas em profundidade ocorrem individualmente. Malhotra (2006, p. 163) define a entrevista em profundidade como sendo “uma entrevista não estruturada, direta, pessoal, em que um único respondente é testado por um entrevistador [...] para descobrir motivações, crenças, atitudes e sentimentos subjacentes sobre um tópico”. Além disso, a entrevista permite que o pesquisador tenha uma relação mais estreita e aprofundada com o entrevistado (NIQUE; LADEIRA, 2014).

A característica comum em ambos os instrumentos é a existência de um roteiro para coleta de dados. Este roteiro é considerado um documento através do qual questionamentos serão apresentados aos respondentes (NIQUE; LADEIRA, 2014). O instrumento de coleta dos dados, nestas duas etapas da pesquisa, será um roteiro semiestruturado (Anexo A e Anexo B), elaborado com a finalidade de guiar a conversa junto aos públicos de interesse, a partir da análise de dados secundários. As perguntas serão abertas, pois tem a vantagem de entender mais profundamente o comportamento do consumidor.

O objetivo da entrevista em profundidade é utilizar a *expertise* dos especialistas no tema. Para tanto, é importante que o entrevistador crie um contexto propício para que o entrevistado fique à vontade para falar, sem ser induzido por perguntas pouco flexíveis e sem que tenha suas expressões restringidas.

Segundo Nique e Ladeira (2014), a análise da população escolhida para a busca de informações deve obedecer ao propósito da pesquisa, por isso a amostragem selecionada para o grupo motivacional ocorreu por conveniência, cujas características são a capacidade e o conhecimento dos entrevistados sobre o tema em questão. Os autores também defendem que o grupo motivacional deve conter de oito a doze convidados, previamente selecionados e avisados com antecedência. O encontro pode ocorrer em qualquer lugar, até mesmo em uma sala simples como um salão de festas.

Para as entrevistas em profundidade o tipo de amostragem utilizado foi por especialidade, isto é, se buscou pessoas que tenham um conhecimento específico sobre o assunto (NIQUE; LADEIRA, 2014). O número de pessoas a serem entrevistadas foi baseado no critério de saturação, ou seja, as entrevistas com novas pessoas encerraram quando as respostas começaram a encontrar padrões entre si. De acordo com este critério, foram entrevistados quatro especialistas.

A interpretação e análise de dados qualitativos servem para investigar fenômenos complexos da pesquisa de marketing. O grupo motivacional e as entrevistas em profundidade foram gravados para que, posteriormente, a pesquisadora pudesse transcrever com precisão sobre os temas discutidos (NIQUE; LADEIRA, 2014).

As informações colhidas foram analisadas de forma a possibilitar a compreensão dos fatores que envolvem o tema pesquisado, através das perspectivas dos respondentes, como indica Roesch (2012). A técnica utilizada para analisar os dados coletados é a análise de discurso. O autor justifica que, nesta técnica, a entrevista é encarada como uma forma de interação social e se utilizam uma série de recursos interpretativos. Para apresentar os dados, Roesch (2012) sugere utilizar quadros comparativos, conforme foi utilizado na pesquisa.

5 RESULTADOS

A seguir, serão apresentados os resultados obtidos a partir dos dados coletados por meio do grupo motivacional e das entrevistas em profundidade. Os insumos gerados por meio das ferramentas de coletas de dados foram analisados, trazendo os aspectos mais relevantes dos tópicos abordados.

5.1 RESULTADOS GRUPO MOTIVACIONAL

O grupo motivacional teve o intuito de analisar os motivos que levam os pacientes à adesão e a não adesão de um programa de reeducação alimentar. O encontro foi realizado em um salão de festas devidamente organizado para o evento, onde foi disponibilizados alimentos e bebidas para que os participantes se sentissem mais a vontade para a discussão. O grupo foi moderado pela pesquisadora.

O encontro ocorreu no dia 21 de agosto de 2014 e teve a duração de uma hora e trinta minutos, aproximadamente. Ao fim do encontro, a moderadora fez um fechamento do grupo, questionando se alguém queria acrescentar algo que não havia sido exposto e por último agradeceu a presença de todos. Neste momento foi distribuída uma refeição congelada de uma linha de produtos *light* para cada participante como forma de agradecimento pela disponibilidade de estarem ali presentes.

Para assegurar a precisão das informações coletadas, o encontro foi filmado na íntegra, com imagens e áudio, para posterior análise e coleta de informações. A partir do arquivo de vídeo gerado, foi possível transcrever a reunião de forma a amenizar eventuais prejuízos com relação ao conteúdo dos diálogos realizados. O grupo motivacional proporcionou profundidade no entendimento da pesquisadora sobre o tema estudado, de maneira a produzir insumos para a elaboração de hipóteses posteriormente utilizadas nas entrevistas em profundidade.

Estiveram presentes oito indivíduos que, de alguma maneira, participaram do programa de reeducação alimentar em estudo. Dentre os componentes, colaboraram clientes ativos no programa, clientes que abandonaram o programa antes de atingirem o emagrecimento e participantes que já não estavam em

tratamento, mas que atingiram seu objetivo inicial. Todos estes possuíam a experiência adequada sobre o problema de discussão. O contato dos participantes foi adquirido através do banco de dados da empresa pesquisada. Todos foram contatados através de ligações com uma semana de antecedência, pela própria moderadora do grupo, que se identificou como uma estudante de administração.

O grupo foi composto por oito mulheres, cujo perfil está detalhado e pode ser visualizado no quadro 1:

Quadro 1 - Composição grupo motivacional

Profissão	Idade	Vínculo com o programa de reeducação alimentar	Situação atual
Apresentadora de televisão	68 anos	Afastada do programa	Emagreceu e manteve o peso
Diretora de uma escola de inglês	71 anos	Afastada do programa	Não manteve o emagrecimento e atualmente frequenta uma nutricionista particular
Produtora de televisão	60 anos	Afastada do programa	Não atingiu o emagrecimento esperado e está em processo para realizar uma cirurgia bariátrica
Enfermeira	26 anos	Afastada do programa	Não atingiu o emagrecimento
Servidora pública	43 anos	Afastada do programa	Atingiu o emagrecimento esperado e o manteve
Comerciante	39 anos	Afastada do programa	Não atingiu o emagrecimento
Advogada	50 anos	Participava ativamente do programa	Atingiu o emagrecimento esperado e o manteve
Empresária	41 anos	Afastada do programa	Não atingiu o emagrecimento

Fonte: Elaborado pela autora.

Além desses dados, sabe-se que todas as participantes são classificadas como pertencentes às classes A e B. Na apresentação de cada participante, foi possível detectar o motivo que leva às pessoas a iniciarem o programa proposto pela instituição: seguir uma reeducação alimentar, cuidar de si, prevenir problemas de saúde como infarto e buscar um apoio que facilite seguir adiante um novo estilo de vida.

Iniciou-se a discussão questionando quais as razões que levam as pessoas a buscarem ser magras na sociedade em que vivemos. A pergunta foi elaborada em terceira pessoa, conseqüentemente, as respostas inicialmente colocadas foram: devido ao modismo, estética, para não serem diferenciadas das demais, para entrarem nas roupas, para serem aceitas e para não serem consideradas descuidadas. Outro motivo apontado foi o preconceito sofrido pelas pessoas que apresentam sobrepeso. A preocupação com a saúde foi indicada como um motivo secundário na busca da boa forma.

No decorrer do grupo, a moderadora contrastou pessoas que conseguem emagrecer com aquelas que não conseguem, e indagou para as participantes qual era a diferença entre elas. A falta de disciplina e persistência foi consenso entre o grupo como resposta mais pertinente. A comerciante expôs que, para ela, a grande diferença é que aqueles que conseguem passar por cima de qualquer desculpa têm sucesso, enquanto que aqueles que não conseguem, ficam amarrados às desculpas e não atingem seu objetivo. A enfermeira justificou que, o que falta naqueles que não conseguem emagrecer é a organização necessária para planejar a refeição, já que comer comida saudável exige uma preparação maior do que comer aquilo que está à disposição. A advogada complementou explicando que existe uma grande diferença entre a organização externa e interna. A externa, que consiste na preparação das refeições, é possível delegar para outra pessoa; já a organização interna, que configura o estado de controle psicológico, não. Além disso, a empresária expôs que só consegue emagrecer e manter-se magra se encarar a obesidade como doença e a dieta como um tratamento imprescindível para sua cura.

Para manter-se magro é preciso seguir uma série de ferramentas e artifícios que facilitam o processo de reeducação alimentar. A moderadora procurou saber o que as participantes efetivamente faziam para manterem-se magras. A resposta central trazida neste momento foi a importância de prestar contas para alguém durante o tratamento. Uma das formas de prestar contas é pesar-se com certa frequência e anotar o peso. Outra técnica utilizada é fazer o que se chama de um registro alimentar, isto é, anotar tudo o que se come ao longo do dia. Ademais, a advogada relatou que busca sentir prazer nas comidas *light*, comendo o que está permitido dentro do plano alimentar. Outra participante discordou desta afirmação, dizendo que aprendeu, ao longo de seu processo de reeducação alimentar, que a comida não pode dar prazer para ela. Foi consenso entre ambas que é fundamental saber negar ofertas tentadoras. Por último, foi mencionada a técnica de encarar cada dia e cada refeição como um único objetivo a ser atingido, sendo importante não pular etapas. A tentativa de imaginar o final da dieta é vista como um pensamento chamado de sabotador, o qual está presente com frequência e pode fazer com que uma pessoa desista do tratamento.

Também foi abordada a de como é a rotina das participantes quando estas estão seguindo um plano alimentar, pois é de extrema importância entender se a dieta prescrita é seguida a risca para que o emagrecimento efetivo seja alcançado. A apresentadora de televisão explicou que segue o plano e que fazer sempre a mesma coisa no dia a dia é o seu segredo, pois a rotina lhe dá segurança. Já a diretora de uma escola de inglês expôs que o plano alimentar é seguido quando sua rotina não é alterada, entretanto, quando ela está em viagem, isto é, fora da rotina, ela deixa de segui-lo. Outra componente, a empresária, demonstrou dificuldade em se organizar para seguir o plano, pois acredita ser trabalhoso e relatou que não fazer um plano alimentar é mais fácil, mas é mais sofrido.

Em outro momento da discussão, uma participante disse que durante seu tratamento, deixava o plano alimentar no momento em que frequentava jantares. Outra complementou alegando que quando olhava para os docinhos em festas, mesmo sendo uma pessoa instruída e lúcida, pensava com frequência: “esses docinhos não vão me engordar, são tão pequenos”. As desculpas trazidas no debate são as explicações para agir de uma determinada maneira frente a um desafio. Estas aparecem nos discursos de todas as participantes, o que difere é a maneira como tais motivos são utilizados. Algumas pacientes utilizam as tais desculpas para seguirem comendo como sempre fizeram, enquanto outras conseguem utilizá-las para se fortalecerem no tratamento.

Para entender o que motiva as pessoas a seguirem um programa de reeducação alimentar, a pesquisadora procurou saber como as pessoas se sentem quando conseguem emagrecer efetivamente. Os elementos do grupo relatam que a satisfação é muito grande, a gratificação é enorme, o sentimento é de felicidade e elas se sentem “maravilhosas, super bem”.

Outra questão que merece destaque é a dificuldade em manter-se magro, já que em relatos foi possível detectar que o processo de emagrecimento é muito mais fácil que a manutenção deste. Para a participante advogada, manter-se magro é muito mais fácil que manter-se com sobrepeso, pois é apenas uma questão matemática de calcular o que se pode comer e comer sempre o mesmo. Já a servidora pública discorda, e expõe que para ela é mais simples manter-se com sobrepeso, pois basta seguir os velhos hábitos. Entretanto, é válido ressaltar que ambas mantêm o emagrecimento adquirido no CREEO.

Durante a discussão, uma das participantes defendeu que o tratamento para a obesidade deve ser diferente do tratamento para o sobrepeso. Esta, que sofreu de obesidade durante toda sua vida, confrontou outra participante que relatou haver saído da dieta um dia e depois retornado: “tu não tens que emagrecer, tu tens que perder alguns quilos, é diferente da pessoa que está obesa”.

Sabe-se que existem inúmeras desculpas que aparecem quando se pensa em desistir do tratamento: o valor elevado, problemas para estacionar no estabelecimento frequentado para fazer o acompanhamento e muita demanda no trabalho. Entretanto, a questão central levantada pela moderadora é entender o que faz com que uma pessoa siga um plano de reeducação alimentar na íntegra. O que apareceu durante relatos do grupo é a vontade de ver um resultado, a satisfação, a necessidade para não voltar mais a ser o que era antes, a tranquilidade de estar em um plano que facilite a organização da rotina.

É comum que os pacientes que iniciem um tratamento abandonem antes de atingirem o resultado esperado. Segundo a servidora pública, o que faz com que uma pessoa abandone são questões internas e desculpas. Estas podem ser as mais variadas possíveis como: “eu nunca vou ser magra, não adianta eu não comer”, ou até mesmo “ninguém me ajuda no processo de reeducação alimentar, não tenho o apoio da minha família”. Foi citado, por outra participante, o tema de se colocarem como vítimas diante de seu problema, e, conseqüentemente, colocarem a culpa pelo insucesso em fatores externos como a falta de apoio da família, a necessidade de viajar ou até mesmo a quantidade de trabalho demandada em seu emprego. Por último, é narrada a dificuldade em administrar a ansiedade de resolver os problemas do dia a dia, interferindo negativamente no foco do tratamento.

Para entender como ocorre o processo de decisão de abandonar o tratamento, a moderadora solicitou que os elementos do grupo relatassem como havia sido o momento da decisão por desistir. A pergunta foi direcionada para aqueles que efetivamente desistiram de manterem-se magros. A empresária narrou o momento em que parou de emagrecer, explicando que começou a ficar cansada da situação de ter estagnado seu emagrecimento e estar desgastada por tentar e não conseguir. Ela relatou sentir-se “remando e não saindo do lugar” e por isso desistiu. Já a enfermeira afirma ter juntado algumas desculpas como falta de

dinheiro e preguiça. Foi neste momento que ela resolveu abandonar os grupos de apoio que frequentava.

Outro tema bastante recorrente é a disfunção da imagem corporal entre aqueles que participaram do grupo. Segundo a advogada ali presente, ela não se via gorda com trinta quilos a mais, mas também não se vê magra com trinta quilos a menos. Esta pode ser considerada uma consequência da doença estudada.

Por fim, foi discutido o assunto de como seria um tratamento ideal. Para a maioria, ele seria uma mistura de terapia individual com aquilo que é praticado pelo CREEO atualmente. Quando questionadas sobre o que é fundamental em um tratamento para o sobrepeso e a obesidade, as participantes relataram que o importante é o conjunto de ações que te levam a organização. A funcionária pública relatou que para ela a dieta, em conjunto com a “lavagem cerebral” são as ferramentas mais importantes. A advogada compartilhou que receber um *e-mail* de uma nutricionista é motivador para seguir adiante um tratamento. Foram citados diversos dos artifícios utilizados pelo CREEO, entretanto o acompanhamento médico não foi citado em momento algum.

Quando indagado à participante empresária o que seria fundamental para ela em um tratamento de reeducação alimentar, esta respondeu que, no momento em que estava ativa no programa do CREEO e estava emagrecendo, uma pessoa a questionou o que ela estava fazendo, visto que a mudança era notável e ela relatou que estava fazendo um tratamento no CREEO. A pessoa que a questionou respondeu, portanto, que ela precisava de alguma coisa diferente, uma “receita nova”, pois já tinha feito o programa oferecido pela instituição em outra época. Neste momento, foi possível perceber que a participante usou, mesmo sem dar-se conta, a técnica da terceira pessoa para explicar o que ela estava buscando, pois abandonou o tratamento no CREEO.

O aspecto da novidade apareceu entre a discussão como um fator que motiva as participantes a iniciarem um processo de reeducação alimentar. Citada como uma motivação externa, a novidade foi comparada a uma oferta que “brilha o olho”. Por outro lado, quando a moderadora perguntou se as participantes seguiam dietas encontradas na internet que prometem um emagrecimento rápido e efetivo, elas responderam que se qualquer dieta for seguida como é proposta, será eficaz, independente do que está prescrito. Entretanto, a grande dificuldade é seguir uma

prescrição por um longo período de tempo, para proporcionar a manutenção do emagrecimento. As mesmas participantes, que citaram a novidade como um fator estimulante, relataram ter consciência de que não há uma fórmula mágica.

A partir da elaboração do grupo, podem ser feitas considerações a respeito do tema motivação com relação ao envolvimento em um tratamento para a obesidade. O que emergiu desde o início do debate, já na apresentação pessoal de cada integrante, é que os muito obesos revelam que o principal motivo que os incentivam a iniciar o tratamento é a prevenção contra as doenças. Essa é a motivação mais citada, mas não se pode concluir que é o real motivo.

É sabido que os obesos sofrem por diversas situações em que se sentem inadequados socialmente: não conseguem comprar roupas em todos os lugares, sofrem preconceito e, conseqüentemente, se isolam. Sendo assim, sentir-se inadequado pode ser o motivo real pelo qual se inicia um tratamento, visto que é um sofrimento presente no dia a dia, enquanto que a prevenção de doenças não é uma realidade, apenas uma possibilidade futura.

A persistência foi citada como um diferencial entre aqueles que têm sucesso no tratamento e aqueles que não têm. Muitos se demonstraram persistentes, mas por tempo limitado, até atingirem o objetivo proposto, visto que depois desistem. Aparentemente existe uma relação direta entre ter traços obsessivos e atingir o sucesso do tratamento.

Segundo relatos, é mais fácil para os pacientes abandonarem o tratamento e viverem de uma forma mais confortável, do que seguir o plano alimentar e buscar alimentos que se enquadrem nele. Da mesma maneira, é mais fácil buscar desculpas e culparem terceiros por não ajudarem a seguir o processo.

Também foi muito citado pelas participantes a importância da prestação de contas a alguém durante o tratamento, isto é, que alguma pessoa externa monitore os resultados. Existe uma tendência que leva a crer que a necessidade de uma cobrança por terceiros ocorra porque elas acreditam que suas próprias convicções e desejos não tenham a força que tem se sentir inadequado perante outra pessoa. Portanto, se valoriza mais a crítica alheia do que a vontade própria de estar magra.

É possível notar algumas diferenças nos discursos daqueles que são obesos, quando comparados àqueles que têm sobrepeso. Contudo, o tratamento é o mesmo para ambos e gera resultado independente do grau de sobrepeso, pois o objetivo é o

mesmo: o autocontrole. O que varia é o esforço de cada um em manter-se magro. Durante o grupo apareceu, como de extrema relevância, a questão de um tratamento ser completo, que englobe todos os artifícios necessários para o emagrecimento.

No quadro 2, são resumidos os resultados obtidos no grupo motivacional:

Quadro 2 - Resultados grupo motivacional					
Motivos para querer emagrecer					
Modismo	Estética	Ser igual às outras	Entrar nas roupas	Não ser considerada descuidada	Preocupação com a saúde
Características do cliente que abandona					
Falta de persistência e disciplina	Capacidade de dar desculpas		Falta de organização		
Estratégias para emagrecer e manter o emagrecimento					
Pesar-se com frequência	Utilizar o registro alimentar	Negar ofertas tentadoras	Prestar contas a alguém	Colocar-se metas curtas	
Desculpas para abandonar o tratamento					
Vitimização	Preguiça	Demanda intensa no trabalho	Falta de apoio da família	Falta de condições financeiras	Falta de estacionamento próximo ao tratamento
Elementos motivadores					
Ver o resultado do tratamento no dia a dia, visualizar o emagrecimento					
Causas que levam ao abandono					
Desculpas	Ansiedade	Pensamentos sabotadores	Problemas do dia a dia	Não ver o resultado	Dificuldade em seguir a dieta
O tratamento ideal					
É uma mistura de terapia individual com aquilo que é praticado pelo CREEO	Deve disponibilizar um plano alimentar adequado	Precisa incluir o contato dos profissionais com os pacientes por email	Necessita abranger novidades no método	Deve auxiliar na organização do paciente	

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2 RESULTADOS ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE

Neste subcapítulo, serão apresentadas as análises das informações obtidas através das entrevistas em profundidade, bem como serão realizadas breves inserções acerca da observação dos participantes. As entrevistas, de viés qualitativo, têm o objetivo de fornecer informações e opiniões sobre o tratamento de

reeducação alimentar. Os conhecimentos obtidos a partir das entrevistas são de suma importância para a pesquisa, uma vez que as declarações foram concedidas por profissionais técnicos que trabalham com a problemática em questão.

Para a presente pesquisa, foram entrevistados profissionais e especialistas que trabalham diretamente na prevenção e tratamento da obesidade e sobrepeso. O objetivo é aproveitar a experiência e o conhecimento técnico de pessoas que estão ligadas ao tema.

Foram entrevistados quatro profissionais técnicos, sendo eles: duas nutricionistas, uma psicóloga e uma médica. As entrevistas foram agendadas via telefone, de acordo com a disponibilidade de data e local de cada profissional. Todas as entrevistas foram gravadas com a autorização para posterior análise dos dados.

A primeira entrevistada foi a nutricionista A, especialista em Nutrição em Clínica e em Alimentos pelo Instituto Porto Alegre (IPA), Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A nutricionista possui experiência na área de nutrição, com ênfase em nutrição clínica. Trabalha principalmente com os seguintes temas: obesidade, gordura corporal, manejo nutricional, transtornos alimentares, tratamento da obesidade e gestantes.

A segunda entrevistada foi a nutricionista P, graduada em nutrição clínica pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). A nutricionista possui experiência na área de nutrição clínica e atua principalmente com condicionamento e exercício físico.

A terceira entrevistada foi a psicóloga A, especialista em terapia cognitiva comportamental, graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). A psicóloga trabalha atendendo pacientes particulares na clínica Cognitá.

A última entrevistada foi a médica endocrinologista M, graduada pela UFRGS, especialista em Clínica Médica pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), especialista em Endocrinologia e Metabologia pelo HCPA. A médica atua principalmente atendendo pacientes obesos e com sobrepeso em seu consultório particular na clínica Rangel.

A seguir, foram analisadas as questões mais relevantes do roteiro das entrevistas em profundidade. Para facilitar o entendimento da análise, primeiramente

foi explorada a percepção das entrevistadas em relação ao problema da obesidade. A análise segue com o perfil do cliente, e, por último, foram abordados tópicos como motivação, abandono e aspectos relacionados ao tratamento e seu sucesso.

5.2.1 Percepções sobre a obesidade e o sobrepeso

A nutricionista A define a obesidade como sendo uma doença que está intimamente ligada ao ato de comer, assim como o vício em drogas está ligado à substâncias químicas. A diferença entre ambos é que o obeso é obrigado a comer e a estar em total convivência com a comida, já que depende disso para sobreviver; enquanto o drogado pode fazer um corte abrupto das drogas. Para complementar, a nutricionista aponta que a obesidade é uma doença que está vinculada às emoções e a comida, é considerada como uma válvula de escape para momentos de dificuldade. Para ela, a obesidade é uma doença multicausal e é difícil de mensurar, com dados objetivos, o grau de melhora ou piora de um paciente. Por outro lado, a nutricionista P, apontou que as principais causas da doença são: o sedentarismo, problemas psicológicos e a genética de cada um.

A definição da psicóloga A sobre a obesidade pode ser resumida como “uma dificuldade em estabelecer autolimites, isto é, dar um limite para si, proporcionando uma relação patológica com a comida, centrada em prazer e em suprir outras necessidades emocionais não atendidas, não é apenas um problema biológico”. Sendo assim, a obesidade é um problema decorrente da dificuldade de se relacionar com a comida.

De acordo com a médica M, a obesidade é um problema de cunho social e multifatorial. A maior parte dos pacientes tem, além de uma pré-disposição genética, uma exposição ao ambiente e aos seus diversos estímulos. Estes estímulos podem ser consequência de uma exposição a alimentos muito calóricos junto a um perfil de pessoa deprimida e sedentária.

Segundo a área técnica entrevistada, existe um baixo índice de sucesso do tratamento da obesidade em âmbito mundial. A nutricionista P justifica este fato explicando que a obesidade é um problema genético, por isso a cura está limitada àqueles que têm o perfil físico já pré-condicionado ao sucesso de um tratamento. Além disso, ela acredita que se a pessoa se disponibiliza a fazer bastante exercício

físico, as chances são maiores de o tratamento ser efetivo. Por outro lado, a psicóloga A defende que o fracasso do tratamento está ligado a competências emocionais não desenvolvidas por aqueles que buscam seguir um novo estilo de vida, além da falta de autolimites. Ela alega que é muito difícil um adulto aprender e mudar seus hábitos em qualquer área da vida.

Já a médica M colabora com outro ponto de vista em relação ao insucesso do tratamento, salientando a questão hormonal que está envolvida com a doença. Ela esclarece que a obesidade tem mais de 430 genes envolvidos, estes atuam em conjunto com o ambiente para que tenham uma possível expressão fenotípica. Deste modo, cada paciente pode ter um hormônio ou um gene que seja predominante no fator obesidade e, por isso, é tão difícil tratar a doença, visto que são diversos mecanismos interagindo simultaneamente.

O que ocorre para que o tratamento não tenha o sucesso esperado é que no momento em que um paciente começa a perder peso, o corpo interpreta que a pessoa está começando a ficar desnutrida. Neste momento o corpo começa a lançar uma série de mecanismos adaptativos de defesa. Sendo assim, no processo natural de emagrecimento, a pessoa começa a gastar cada vez menos energia e começa a ter mais fome. Essas reações podem durar a vida inteira e, conseqüentemente, o paciente precisa gastar mais do que aquilo que ele consome.

5.2.2 Características do paciente

O paciente, de forma geral, possui como característica a falta de limites. Ele descarrega na comida a ansiedade, devido à falta de habilidades sociais e a falta de estratégias competentes para resolver seus problemas emocionais. Outra característica do paciente é a tendência a se cobrar muito para chegar ao resultado, por isso a nutricionista A entende que em alguns casos, seu papel é ser compreensiva e conivente durante aqueles momentos que o paciente não atinge o objetivo proposto.

Segundo a psicóloga entrevistada, os pacientes que sofrem com sobrepeso são diferentes comportamentalmente daqueles que sofrem de obesidade, isso porque os primeiros ainda conseguem se colocar limites em relação ao alimento, já o obeso não tem limite algum. O paciente que tem sobrepeso ainda tem algumas

competências desenvolvidas, mesmo que falhas. A médica explica que quanto mais obeso é o paciente, mais predomina a questão hormonal.

Evidencia-se a falta de lealdade dos clientes que buscam um tratamento de reeducação alimentar. É traço do paciente estar constantemente buscando uma nova solução para seu problema. Uma das hipóteses da nutricionista A para explicar esse fenômeno é que a pessoa não está aberta a enfrentar o tratamento e coloca no profissional a inteira responsabilidade, isso porque está buscando uma solução mágica que não existe. Para a psicóloga, se o paciente não se responsabiliza, o tratamento não terá resultado.

Alguns pacientes chegam ao consultório das nutricionistas solicitando que elas sejam mais rígidas com eles, fazendo cobranças mais severas. Enquanto outros dizem que “não gostam de ficar com a corda no pescoço”. O papel da nutricionista é saber interpretar o perfil de cada paciente e programar um plano alimentar personalizado para ele.

5.2.3 Abandono

. Uma das causas do abandono do tratamento é a falta de preparo do paciente para encarar a vida com seu novo corpo, visto que é difícil se enxergar de maneira diferente daquela que ele estava acostumado. Essas são questões psicológicas, ligadas à disfunção da imagem corporal, que devem ser tratadas ao longo do processo de reeducação alimentar. Ademais, existem pessoas que não têm habilidade para lidar com o sucesso e estão sempre esperando que algo de errado aconteça.

A nutricionista P destaca que o abandono ocorre devido à dificuldade que o paciente tem de seguir a mudança em seu estilo de vida proposta pelo profissional. Muitas vezes ele inicia, mas não está preparado para uma mudança tão abrupta em sua rotina naquele momento, o que gera o abandono. Para a nutricionista, o paciente só consegue realizar a mudança se entende que o tratamento é uma questão de saúde, e deste modo, muda completamente sua rotina e seus hábitos alimentares. Ela relata que a falta de apoio dos parentes ou até mesmo a falta de condições financeiras para seguir um tratamento são fatores que induzem ao

abandono. Outro fator desmotivador também pode ser a falta de empatia com o profissional que está prestando o serviço.

Para a médica, os pacientes desistem do tratamento devido ao estilo de vida que levam, ela alega que as pessoas não têm tempo para adquirirem hábitos saudáveis, para momentos de lazer e para se locomoverem de forma a gastar mais energia. Além disso, os pacientes não mantêm a atividade física constante. A psicóloga complementa justificando que o tratamento é difícil e alega que é árduo adquirir novas competências e tolerância à frustração.

A médica explica que outro fator que pode conduzir ao abandono é a exposição do paciente a alimentos como o amido e a gordura, que despertam o prazer em um centro de recompensa no cérebro. No momento em que a doença começa a ser sanada, as pessoas passam a ser mais tolerantes, seja com a patologia ou com alguma adversidade da vida. Quando a meta está próxima de ser alcançada, os pacientes começam a ser mais permissíveis, e dizem: “só um bombonzinho, só um chopinho, isso não vai me fazer mal”. Portanto, quando o paciente começa a ter contato com esses alimentos, a tendência, se a pessoa já tiver uma predisposição genética, é gerar a dependência novamente. Além disso, outra explicação é que após a perda de peso rápida, o corpo começa a elevar a grelina, um hormônio que faz com que aumente o apetite.

A nutricionista A acredita que o paciente desiste com mais facilidade por saber que a doença e o tratamento são perpétuos, já que se trata de uma doença crônica e sem cura. Algumas das desculpas para abandonar o tratamento que são relatadas em seu consultório são: falta de dinheiro e estar cansado de fazer o plano alimentar.

Para a nutricionista A e para a psicóloga, o que faz com que as pessoas abandonem o tratamento é a mudança de prioridades e a falta de foco em alcançar o objetivo traçado. Isto é, quando o desconforto inicial é atenuado, o paciente tende a abandonar. O obeso inicia o tratamento, e começa apresentando um bom desempenho e, de repente, acontece algo em sua vida que faz com que o objetivo de emagrecer fique em segundo plano. Alguns dos motivos que podem provocar este fenômeno são: uma separação, a morte de alguém próximo, alguma doença grave ou até mesmo o aumento da autoestima. A psicóloga ressalta que é necessário estar sempre reestabelecendo a motivação do paciente para que ele não

abandone o tratamento. Caso os motivos que fizeram com que ele inicie já não sejam realmente fortes, devem-se encontrar novas motivações individuais.

5.2.4 Motivação

O que motiva um paciente a fazer um tratamento de reeducação alimentar, para a nutricionista A e para a psicóloga A, é o tamanho do incômodo em relação à autoimagem, isto é, “como tu te enxergas ou como tu achas que as pessoas te reconhecem”. A motivação também pode estar relacionada às cobranças externas, à opinião das outras pessoas e ao padrão imposto pela sociedade. Os clientes podem ser motivados a procurar um tratamento quando veem alguém que emagreceu recentemente, escutam um sermão de um familiar, vestiram alguma roupa que não serviu ou estão com os índices de saúde alterados.

A nutricionista P acredita que o principal motivo que leva um cliente a iniciar o tratamento é a preocupação deste com a estética, ou seja, um desconforto com a imagem refletida no espelho. Entretanto, também vê como uma possibilidade a preocupação com a saúde. A psicóloga compartilha da mesma opinião de P, e complementa dizendo que a principal motivação é a busca por aumentar a autoestima, pois o paciente quer se sentir melhor fisicamente e psicologicamente.

Segundo as especialistas, a motivação para seguir em um processo de reeducação alimentar é a mesma para pessoas que sofrem de obesidade e sobrepeso. Aquele que tem sobrepeso pode até estar mais descontente com sua situação do que o obeso com quarenta quilos a mais, isso porque o obeso já está acostumado com sua situação física, com a segregação que sofre e com o preconceito que enfrenta e, muitas vezes, não é capaz de se enxergar gordo.

A fim de descobrir o real desconforto que está motivando um paciente a iniciar um tratamento, a psicóloga entrevistada utiliza a técnica de questionar o paciente, durante sua primeira consulta, sobre o que aconteceu nos últimos dias que fez com que ele tomasse a iniciativa de iniciar o tratamento. Ela pergunta: “por que agora?”. Após, ela indaga o paciente para saber qual o seu objetivo com a redução de peso e como ele quer se sentir quando atingir o resultado proposto.

É consenso entre as profissionais entrevistadas que, para que o tratamento seja bem sucedido, a motivação deve ser interna, já que depende da vontade

daquele que irá executar o plano alimentar. Entretanto, a psicóloga A salienta que o gatilho que leva uma pessoa a iniciar o processo de reeducação alimentar pode ser externo. É comum uma pessoa iniciar o tratamento coagido por alguém, isto é, por um médico ou algum familiar preocupado com a saúde do paciente. Nesta situação, a nutricionista A acredita que o tratamento está fadado ao insucesso antes de iniciar, já que, para que o paciente consiga manter o programa proposto, é necessário que a motivação seja interna.

A nutricionista P discorda, afirmando que o que motiva seus pacientes a iniciarem um processo de reeducação alimentar é a influência das pessoas que estão próximas ao paciente. Para ela, o apoio de terceiros é fundamental.

A psicóloga acredita que, quando um paciente inicia um tratamento indicado por seu médico, a motivação já é interna, pois algo dentro dela fez com que ela se motivasse a buscar uma mudança. O fato de ter sido indicado por terceiros pode ser utilizado como uma desculpa caso tratamento não dê certo, conforme relato de um paciente citado pela profissional: “se alguma coisa não der certo foi meu médico que me mandou, não fui que quis vir.” Entretanto, a real causa do insucesso do programa é a falta de comprometimento com o plano alimentar.

Uma das técnicas que a nutricionista A utiliza para motivar seus pacientes é definir metas curtas para tornar o tratamento alcançável com objetivos factíveis. Assim, o seu paciente verá resultados com frequência, conseqüentemente se motivará mais. Um exemplo dessa técnica é a situação na qual um paciente deveria eliminar 40 quilos: a nutricionista, em vez de dizer que ele deveria emagrecer o montante total, definiu a meta de perda de 5 quilos por semana.

A profissional P relata que manter contato diário com seus pacientes faz com que eles se vinculem mais ao tratamento, por isso ela está sempre acessível para que eles possam tirar dúvidas relacionadas à alimentação. Uma das estratégias da nutricionista é ajudar o paciente a se organizar em seu dia a dia, auxiliando-o a ordenar seu armário de alimentos, acompanhando-o ao supermercado para mostrar aonde se encontram os alimentos permitidos e o ensinando a ler rótulos.

A médica M motiva seus pacientes explicando a importância da reeducação alimentar e mostrando a necessidade deles assumirem um estilo de vida saudável. Para isso, ela flexibiliza ao máximo o que eles podem comer, não se apegando tanto

nas quantidades exatas dos alimentos, mas explicando a importância de cada um. Ela explica que utiliza essa técnica para que a dieta não fique um martírio, um peso.

5.2.5 O tratamento e suas características

Durante a entrevista, foi perguntado para os profissionais técnicos o quanto eles acreditam que são responsáveis pelo sucesso do tratamento de seus pacientes. A nutricionista A respondeu que acredita que é responsável por 50%. Já a médica acredita que é responsável por 40%. O que interfere no resultado, para a nutricionista, é a maneira como ela trata e acolhe o paciente, o afeto que dá e o modo como se coloca em seu lugar. A médica acredita que seu papel é fazer com que os pacientes entendam que eles têm uma doença que deverá ser tratada pela vida inteira, por isso ela ensina e mostra o que deve ser feito para tratá-la. Sendo assim as entrevistadas se consideram como uma parte do processo, um instrumento responsável por fazer a mediação, e não o resultado.

Para a psicóloga A, o tratamento está mais fundamentado no conhecimento intelectual do que no emocional. Ela acredita que seu papel é estabelecer comprometimento com o paciente, pois considera que aquele que está buscando ajuda, quer mais um compromisso com alguém do que uma técnica efetivamente. O compromisso que ele tem de não romper consigo não é suficientemente forte e, por isso, busca auxílio de um terceiro. Portanto, o profissional não pode ser complacente com o paciente quando este não consegue atingir sua meta, ele deve ser firme e mostrar o que está certo e o que está errado.

Apareceu, ao longo das entrevistas, a importância do profissional que está trabalhando com o obeso sempre se mostrar acessível e parte do tratamento para estreitar o vínculo entre eles. O profissional deve estar disponível para contatos pelo telefone, *e-mail*, *chats* e *Facebook*, pois isso aproxima o paciente do profissional. Outra estratégia é colocar metas alcançáveis, não impor ações que sejam difíceis de serem executadas, além de valorizar cada conquista do paciente, mesmo que pequena. Um diferencial no atendimento da nutricionista A, é elogiar o paciente em seus êxitos, pois é melhor que o paciente tenha emagrecido 200g na semana do que ter engordado. Valorizar conquistas que vão além do peso registrado na balança também é importante: reconhecer quando o paciente está mais vaidoso ou mesmo

quando aumenta seu círculo social, já que antes ficava escondido embaixo de seus problemas.

A nutricionista P acredita que um de seus diferenciais é entender o paciente e moldar-se de acordo com seu perfil. Isso porque alguns preferem ser mais cobrados, enquanto outros querem ir aos poucos. Segundo a nutricionista, esta diferença não interfere no sucesso do método. Em sua opinião, não é qualquer profissional que está apto a tratar um obeso, pois o tratamento exige conhecimento psicológico substancial.

A psicóloga comenta que seus pacientes preferem que ela seja mais cobradora, e na maioria das vezes, ela é. Entretanto, afirma que a cobrança afeta o vínculo entre eles, prejudicando o comprometimento. Ela diz que a principal competência que um profissional que trata a obesidade deve ter é: saber dizer para o paciente aquilo que ele quer escutar, neste caso, a cobrança. Porém, ela diz que quando cobra, o paciente acaba abandonando e por isso ela acredita que o principal limitador no tratamento é saber não frustrar o paciente.

A médica acredita que é importante que um profissional que trate um obeso tenha paciência e saiba ouvir e acolher, já que a maioria dos pacientes tem algum problema psicológico. Além disso, é necessário ser um bom observador, entender como o paciente funciona para adaptar a realidade com sua maneira de agir.

Um fator que limita a nutricionista A como profissional em relação à qualidade do serviço que presta é a falta de tempo para estar presente na vida do paciente. Ela relata que quanto mais está próxima do paciente, mais efetivo é o tratamento. A nutricionista P descreve que, em alguns momentos, sente que o paciente está mentindo em relação a sua conduta, mas que ela não sabe como agir para que ele se sinta a vontade para ser sincero. Outro fator limitador, citado pela médica, é o pouco conhecimento sobre a área da psicologia. Para suprir essa falta, a médica encaminha seus pacientes para um profissional especializado. Entretanto, ela confessa que poucos vão porque buscam um tratamento completo, com todos os profissionais integrados, principalmente para facilitar a logística e por uma questão financeira.

Na opinião das nutricionistas, o tratamento ideal seria o acompanhamento nutricional integrado com o psicológico, para que o paciente entenda e saiba lidar com seu lado emocional - já que muitas vezes ocorre o autoboicote, isto é, quer

emagrecer, mas se sabotar. A psicóloga acredita que para o paciente ter êxito no tratamento ele deve ter disciplina e conseguir impor limites a si mesmo, além de conseguir se ver como um vitorioso.

Segundo a médica, a obesidade é uma doença crônica que deve ser tratada através de uma equipe multiprofissional juntamente com tratamento farmacológico e uma dieta. A médica complementa que a medicação pode intervir nas questões hormonais reduzindo a fome, aumentando o gasto de energia. A profissional M é a única entrevistada que acredita que o procedimento para o paciente obeso deve ser diferente do oferecido para o paciente com sobrepeso. Para ela, o tratamento da obesidade deve ser mais complexo, mais intensivo, pois quanto mais significativo o excesso de peso, mais grave é a doença. E, conseqüentemente, mais mecanismos devem ser usados simultaneamente: medicação, dieta e atividade física, por exemplo. Por outro lado, o sobrepeso pode ser tratado apenas por meio de dieta e exercício físico. Em ambos os casos ela acredita que é fundamental que o método disponibilize uma dieta, um tratamento farmacológico, acompanhamento psicológico e atividade física.

A psicóloga salientou a importância de o método ser, ao mesmo tempo, simples, para que a pessoa entenda; e variado, porque os pacientes se entediam facilmente. Ela justificou que quando uma pessoa está passando por uma grande emoção, fica com menos capacidade de pensar. Por isso, quanto mais simples é o método, maior é a chance de ela entender e fazer o que deve ser feito, de uma forma mais mecânica.

Para a psicóloga, a frequência de uma consulta por semana é suficiente para a efetividade do tratamento, pois acredita que as mudanças ocorrem fora dos ambientes terapêuticos. Além disso, ela acha que as pessoas têm que se sentirem responsáveis por suas conquistas e, caso for aumentada a frequência dos encontros, o paciente pode acabar se tornando dependente. Ela busca responsabilizar o paciente pelo êxito de suas conquistas. E, se o paciente acaba por ir ao tratamento três vezes por semana, pode não se sentir capaz.

A nutricionista P, também vê como um fator determinante a frequência com que o paciente vai ao seu consultório. Além disso, ela acredita que, para que a reeducação alimentar efetivamente ocorra, os alimentos que estão dentro do plano

alimentar, assim como os exercícios físicos praticados, devem ser do agrado do paciente. Caso contrário, ele não vai persistir.

A nutricionista P destacou, em diversos momentos da entrevista, a importância do exercício físico quando praticado com regularidade no processo de reeducação alimentar. Para ela, a prática é considerada como um facilitador por ser uma maneira de se queimar calorias e também por enquadrar as pessoas em um novo círculo social. Além disso, aumenta a autoestima dos pacientes. Entretanto, a profissional colocou que o exercício auxilia mais no momento de manutenção do peso do que na perda efetivamente. A médica complementa explicando que na manutenção do peso, a prática da atividade física é o principal fator porque aumenta o gasto calórico, acelerando o metabolismo.

Quando questionada sobre como definir o sucesso do tratamento, a nutricionista A expôs que este depende do objetivo traçado por cada paciente no processo de reeducação alimentar. Se ele atinge seu objetivo e está satisfeito, o tratamento teve sucesso. Para a nutricionista P, o resultado pode ser: reduzir o percentual de gordura corporal, diminuir um tamanho de numeração de roupa, diminuir um furo do cinto, ir aos pés diariamente, aumentar o convívio social dos pacientes. Para a psicóloga, o sucesso do tratamento depende da capacidade do paciente em aprender emocionalmente a se sentir diferente em relação à comida, isto é, frustrar o desejo e respeitar o limite.

A psicóloga explica que aqueles pacientes que se sentem competentes para superar desafios, como realizar a dieta, tem mais sucesso no seu tratamento. Para ela o sucesso é quando a pessoa consegue desenvolver as competências necessárias e tem a capacidade de persistir no objetivo. Segundo a psicóloga, se o paciente ainda não se sente bem mesmo que atinja a perda de quilos estabelecidos como meta, o tratamento foi fracassado. Em suma, o sucesso é quando a pessoa se sente feliz, por isso os parâmetros devem ser menos objetivos e menos rígidos.

Em relação ao sucesso do tratamento, a médica respondeu objetivamente que, em termos de saúde e risco, é perder inicialmente de 5% a 10% do peso inicial. Ela complementou dizendo que o sucesso é atingir o IMC ideal e mantê-lo por pelo menos um ano, pois as reações pela perda de peso permanecem acontecendo no corpo por aproximadamente esse período de forma mais pronunciada. Depois,

essas reações hormonais diminuem significativamente. Por isso, se a pessoa consegue enfrentar essa etapa, se manterá magra por mais tempo.

A médica colocou, ao longo da entrevista, que o plano alimentar deve ser adaptado e personalizado para a realidade do paciente, pois isso ajudará na manutenção do vínculo. Por outro lado, para a nutricionista A, o plano em si não é fundamental para o emagrecimento, mas é um instrumento facilitador. A psicóloga acredita que a dificuldade não está em saber o que comer e quando deve comer, mas é conseguir executar o plano e dominar suas vontades. Para ela, um dos principais desafios do paciente é aprender a porção correta do alimento permitido. A nutricionista P cita que não utiliza dietas muito restritivas, pois prefere trabalhar com a reeducação alimentar. Portanto, a média de emagrecimento de seus pacientes é de três quilos por mês. O plano alimentar desenvolvido pela nutricionista não é baseado no cálculo de calorias, mas sim na qualidade dos alimentos disponíveis. Ela não acredita que emagrecimentos rápidos podem ser duradouros. Para a profissional, é mais indicado que seus pacientes emagreçam aos poucos, de forma gradual, pois ela justifica que a mudança de hábito não ocorre de forma rápida e, por isso, o emagrecimento não pode vir antes dessa transformação.

A nutricionista A acredita que, o principal componente para fazer com que o tratamento tenha o resultado esperado, é o relacionamento do paciente com a comida nos diversos momentos da vida. É fundamental entender como a comida se insere no dia a dia de cada um.

No quadro 3, são resumidos os resultados obtidos nas entrevistas em profundidade:

Quadro 3 - Resultados entrevistas em profundidade

Percepções sobre a obesidade e o sobrepeso		
Doença vinculada às emoções não atendidas: a comida funciona como uma válvula de escape para os problemas não resolvidos.	Doença multicausal e multifatorial, de cunho social, que está relacionada diretamente ao sedentarismo, problemas psicológicos (depressão) e a pré-disposição genética.	A obesidade é a consequência de uma dificuldade de estabelecer autolimites.
Baixo índice de sucesso do tratamento		
A cura está limitada àqueles que têm uma pré-disposição genética, pois depende de uma questão hormonal envolvida que pode gerar um baixo gasto calórico.	Uma das causas é a falta de disponibilidade de tempo para a prática de exercício físico.	O fracasso está ligado a competências emocionais não desenvolvidas, a dificuldade de mudança de hábitos, além da falta de autolimites.

*Início do quadro 3.

Características do cliente		
Ansiedade, criticidade, falta de limites, de habilidades sociais e de lealdade com o tratamento. O que se busca é uma solução mágica.	Pacientes com sobrepeso são diferentes daqueles com obesidade porque os primeiros conseguem colocar limites em relação ao alimento.	Quanto mais obeso é o paciente, mais predomina a questão hormonal.
Causas que levam ao abandono		
Mudança de prioridade e falta de foco em alcançar o objetivo traçado.	Falta de preparo para encarar a vida com um novo corpo e de capacidade para lidar com o sucesso.	Dificuldade de seguir a mudança no estilo de vida.
Ausência de apoio dos parentes e falta de condições financeiras.	Falta de empatia com o profissional que está prestando o serviço.	Escassez de tempo para realizar atividade física.
Exposição a alimentos que despertam o prazer e a dependência.	Elevação da grelina - hormônio que causa aumento do apetite.	Cansaço em fazer a dieta por saber que ela é perpétua.
Para evitar o abandono, é necessário estar sempre reestabelecendo a motivação. Caso os motivos que fizeram com que ele inicie já não sejam realmente fortes, devem-se encontrar novas motivações individuais.		
Motivação		
A motivação está relacionada à intensidade do incômodo em relação à autoimagem, à estética, às cobranças da sociedade ou à preocupação com a saúde. É a busca por aumentar a autoestima.	Pode-se ficar motivado a procurar um tratamento quando se encontra alguém que emagreceu recentemente, se escuta um sermão de um familiar, se veste alguma roupa que não serviu ou se está com os índices de saúde alterados.	A motivação deve ser interna, ainda que o gatilho para iniciar possa ser externo.
Estratégias para motivar um paciente		
Colocar metas curtas e alcançáveis.	Manter contato diário com os pacientes.	Ajudar o paciente a se organizar.
Explicar a importância da reeducação alimentar.	Flexibilizar ao máximo o plano alimentar, fazer variações.	Fazer com que o paciente enxergue o resultado do tratamento.
Papel dos profissionais no tratamento		
Diferenciais relevantes: o acolhimento, o afeto, a personalização do tratamento. Além de utilizar a técnica de explicar a doença, se mostrar disponível, saber ouvir, entender o paciente e valorizar suas conquistas.	O papel do profissional é estabelecer comprometimento com o paciente, cobrar resultado, saber dizer para o paciente aquilo que ele quer escutar e ser rígido.	Fatores limitadores no processo: falta de tempo para estar presente na vida do paciente, pouco conhecimento sobre a área da psicologia.
O tratamento		
O tratamento ideal é o acompanhamento multiprofissional junto com tratamento farmacológico.	O método deve ser ao mesmo tempo simples e variado.	Um fator determinante para o sucesso do tratamento é a frequência.
O plano alimentar		
O plano alimentar deve ser personalizado para a realidade de cada paciente, pois ajudará a manter o vínculo.	Para a médica, o plano é fundamental; já para a psicóloga a dieta é indiferente. O resultado depende de o paciente saber segurar suas vontades.	O desafio do paciente é aprender a porção correta do alimento permitido.
O sucesso		
O sucesso depende do objetivo do paciente.	O sucesso é diminuir o percentual de gordura corporal, diminuir o tamanho de numeração de roupa, um furo a menos do cinto, ir aos pés diariamente e aumentar o convívio social.	O sucesso é quando a pessoa se sente feliz.
O sucesso é perder inicialmente de 5% a 10% do peso inicial, atingir o IMC ideal e mantê-lo por pelo menos um ano.	O sucesso depende da capacidade de aprender a se sentir diferente em relação à comida e saber frustrar o desejo e respeitar o limite.	Para atingir o sucesso, é necessário manter o plano alimentar e a prática de atividade física.

Fonte: Elaborado pela autora

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Diante do que foi exposto na presente pesquisa e através das análises realizadas, aparentemente existem motivos que fazem com que a taxa de abandono de um programa de reeducação alimentar seja alta. Este fato se mostra prejudicial para empresas que prestam um serviço destinado àqueles que buscam o emagrecimento, visto que na medida em que se captam novos clientes, também se perdem outros que desistem do tratamento. Segundo os autores Bloom, Kotler e Hayes (2002), é fundamental que uma empresa foque suas energias nos seus clientes já ativos, pois são esses que geram uma maior lucratividade, já que não exigem novos investimentos para captação. Por consequência, sugere-se que a empresa estudada invista em estratégias de retenção focando principalmente nos diferenciais do serviço oferecido.

Niquini, Navarro e Bessa (2012) concluíram que o motivo para abandonar o tratamento está, de uma forma geral, atrelado a uma dificuldade das pessoas de mudarem de hábitos e de se acostumarem com um novo estilo de vida. Esta teoria foi confirmada na entrevista concedida pela médica na etapa qualitativa, que complementou explicando que a rotina hoje em dia é repleta de compromissos e afazeres, por isso as pessoas não buscam se dedicarem a atividades que exigem muito esforço. Quanto aos motivos que levam ao abandono do tratamento, acredita-se que por ser uma doença crônica, como referido na pesquisa, os pacientes tenham naturalmente uma propensão à desistência diante de alguma dificuldade.

Adicionalmente, as ex-pacientes entrevistadas na etapa qualitativa explicaram que abandonaram o tratamento porque cansaram de lutar contra o sobrepeso, alegando que era muito desgastante manter os novos hábitos adquiridos. Jin et al (2008) confirmam que os clientes estão constantemente avaliando se o benefício do tratamento compensará o custo do esforço. A psicóloga entrevistada também confirmou a explanação das ex-pacientes e justificou que o tratamento é difícil na medida em que é árduo aprender a ser diferente depois de adulto, adquirir novas competência e desenvolver tolerância às frustrações. Entende-se, portanto, que este movimento de abandono do tratamento pode ser amenizado e retardado, mas não deixará de ocorrer.

Na busca por entender o comportamento do cliente, identificou-se, durante a etapa qualitativa, que estes apresentam características comuns. São elas: a falta de disciplina e persistência, a falta de organização e habilidades sociais, a vitimização em relação ao problema, o alto nível de cobrança, a dificuldade em administrar a ansiedade, a falta de limites e de autocontrole. Aparentemente, existe uma forte relação entre essas características e o abandono de tratamento. Diante do exposto, verifica-se que é importante que o método que trate o sobrepeso e a obesidade disponibilize uma série de ferramentas que aumentem a disciplina, o controle e a cobrança dos pacientes, elevando assim as chances de sucesso.

Reforçar o diferencial do tratamento, no caso, os grupos de apoio, pode ser uma estratégia para retenção visto que nos grupos são trabalhadas as fraquezas e questões práticas de como enfrentar situações expostas no dia a dia: a compulsão alimentar, a ansiedade, o estresse, a voracidade e o imediatismo. Ademais, é no grupo que se aprende a separar a comida das emoções. O grupo proporciona uma motivação coletiva e apoio constante, além de estabelecer limites aos integrantes. Segundo os autores Tinoco e Ribeiro (2008), as organizações prestadoras de serviço devem priorizar esforços que ressaltem os benefícios do seu diferencial.

Na pesquisa qualitativa, encontrou-se a necessidade do paciente de prestar contas a alguém durante o tratamento. Eles acabam por valorizar mais a crítica alheia do que a sua própria vontade de estarem magros, necessitando uma cobrança externa. O grupo de apoio, no caso da instituição trabalhada, realiza esse papel, pois o paciente expõe seu resultado perante as outras pessoas e é cobrado por elas também. Além disso, se recomenda que a prestadora de serviço crie sistemáticas que façam com que os profissionais que tratem o obeso estejam em contato constante com o paciente, reforçando a cobrança e os limites. Este contato pode ser através de ligações, *e-mails* e *chats*, como foi sugerido pelas profissionais entrevistadas. Também se sugere que a instituição tenha algum tipo de sistema no qual o próprio paciente possa ter acesso a sua evolução, através de gráficos que mostrem a diferença de peso ao longo do tratamento, pois apareceu como um aspecto motivador o fato de os pacientes verem seu resultado.

Sugerem-se algumas ações com o objetivo de aumentar a disciplina e o autocontrole dos pacientes. A primeira delas é que o profissional solicite ao paciente que registre toda a sua alimentação, podendo ser através de um registro alimentar

escrito ou até mesmo de fotos. Outra ação sugerida é que o profissional que atenda o paciente individualmente trace, com ele, metas curtas, a fim de que o resultado seja mais fácil de alcançar. Rollnick (1996) afirma que metas de longo prazo são mais fáceis de abandonar. Por último, se recomenda disponibilizar um apoio psicológico maior quando os pacientes estão por passar por momentos que costumam se expor a alimentos que geram dependência e adição, como ocorre durante a época de natal e ano novo, assim como sugerem os autores Niquini, Navarro e Bessa (2012).

Ademais, é pertinente que, independente do método disponibilizado por uma prestadora de serviços de reeducação alimentar, a frequência de consultas ou de grupos do paciente seja de pelo menos uma vez por semana. A regularidade, como comentado no grupo motivacional, também é recomendada para o ato de pesar-se, pois é através do peso relatado na balança que se pode obter um dos poucos dados objetivos para medir o grau da doença: o IMC, de acordo com a OMS.

Além das ferramentas e da assiduidade propostas, foi confirmado no grupo motivacional e nas entrevistas em profundidade, o que já afirmavam os autores Assis e Nahas (1999), e Fishman (1995): é importante que os profissionais que prestem este tipo de serviço sejam capazes de criarem vínculo com o paciente e saibam dar o limite necessário para que o paciente atinja e mantenha o objetivo proposto. Por isso, se recomenda que as prestadoras de serviço invistam na seleção dos profissionais, pois como afirmam os autores Foreyt e Poston II (1998), é um diferencial que estes tenham a habilidade da escuta e do aconselhamento.

Outro fator que influencia na aderência dos pacientes ao projeto de mudança de estilo de vida é a adaptabilidade destes a dieta prescrita (ASSIS; NAHAS, 1999). Como referido nas entrevistas, quanto mais simples e variado for o plano alimentar, mais fácil para o paciente seguir o que está sendo recomendado, pois agirá de forma mais mecânica. Esta ferramenta é indicada para momentos em que se está passando por grandes emoções. Por isso, as dietas que levam a redução da fome são as mais aconselhadas (BRAGUINSKY, 1998).

Uma das dificuldades mais comuns entre os pacientes é entender e respeitar as porções prescritas. Devido à complexidade dessa tarefa, refeições já prontas, calculadas e medidas ajudam no processo de emagrecimento. Conseqüentemente, recomenda-se que a prestadora de serviço proporcione uma parceria com uma

empresa de comidas congeladas *light*, como já vem fazendo. Além disso, é importante expor para os pacientes o tamanho correto das porções recomendadas. Essa ação pode ser realizada através de oficinas de culinária. Por último, sugere-se que sejam feitas visitas guiadas por nutricionistas ao supermercado, pois podem facilitar o contato do paciente com o alimento permitido.

O autor Araujo (2013) afirma que, para tratar a obesidade é imprescindível que o paciente esteja motivado para mudar seu comportamento. Se, por alguma situação, sua motivação inicial já não estiver mais presente, é necessário estabelecer uma nova. Cada paciente tem motivos particulares para alcançar seus objetivos, os quais devem estar claros tanto para eles quanto para os profissionais que o tratam. Sugere-se que o paciente elabore um cartão no qual registre suas motivações. Assim, antes de iniciar a consulta ou o grupo de apoio, ele o lerá para os demais e se lembrará, com mais frequência, qual o seu objetivo com o tratamento.

Por fim, é através da definição do objetivo de cada paciente que se pode deduzir se o sucesso do tratamento foi atingido ou não, já que este é individual e varia de acordo com a perspectiva de cada um. Sendo assim, acredita-se que o principal fator que conduz ao sucesso do tratamento é a capacidade do participante de fazer o que se recomenda por completo: seguir a dieta, fazer renúncias, simplificar o que for possível no cotidiano, fazer atividades físicas, ter autocontrole e evitar as situações de risco. Deste modo, considera-se que o tratamento ideal deve disponibilizar ferramentas para que o paciente tenha condições de seguir o plano de maneira fácil de modo a não sofrer recaídas, por isso supõe-se que quanto mais completo for o apoio ao paciente, mais difícil será o abandono.

6.1. LIMITAÇÕES DA PESQUISA E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

A pesquisa apresentada dispõe ao seu leitor um detalhado conhecimento sobre o comportamento daquelas pessoas que iniciam um programa de reeducação alimentar, bem como os motivos pelos quais é tão frequente o abandono do tratamento antes de atingir o emagrecimento buscado. Pode-se afirmar que o objetivo do estudo foi atingido com sucesso através dos métodos utilizados.

A pesquisa possui relevância por levantar hipóteses sobre as causas do abandono do método e por poder contribuir na melhor compreensão das características de um cliente que busca um tratamento de reeducação alimentar. Entretanto, deve-se ressaltar que, em se tratando de uma pesquisa com caráter exploratório e sem uma amostra representativa, os resultados apresentados não podem ser considerados conclusivos. O estudo pode servir como ponto de partida para uma pesquisa quantitativa, na qual se sugere averiguar a real taxa de abandono de um programa de reeducação alimentar, aprofundando-se em descobrir o tempo médio que um cliente permanece em tratamento.

A utilização da metodologia qualitativa, baseada no método do grupo motivacional, se mostrou fundamental para entender como agem os clientes e para alcançar os objetivos do presente estudo. No entanto, considerando que o tema abordado na discussão em grupo é de caráter particular e está relacionado com questões internas de cada um, recomenda-se que as próximas pesquisas sejam realizadas através de entrevistas em profundidade com clientes ativos e inativos: dessa maneira, o entrevistado terá mais privacidade para falar e expor como realmente se sente em relação às dificuldades enfrentadas ao longo do tratamento.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Renata Brasil. **Guia de terapia cognitivo-comportamentais para os transtornos do exagero: tratando pacientes na vida real**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2013.

ASSIS, Maria Alice Altenburg de; NAHAS, Markus Vinícios. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Revista de nutrição**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 33-41, 1999.

BARGH, John; GOLLWITZER, Peter; OETTINGEN, Gabriele. Motivation. **Handbook of Social Psychology**. 5. edição. New York: Wiley, 2010.

BECK, Judith S. **Pense magro: a dieta definitiva de Beck**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BITNER, Mary Jo et al. Customer contributions and roles in service delivery. **International journal of service industry management**, Arizona, v. 8, n. 3, p. 193-205, 1997. Disponível em: <<http://areas.kenan-flagler.unc.edu/marketing/facultystaff/zeithaml/selected%20publications/customer%20contributions%20and%20role%20in%20service%20delivery.pdf>>. Acesso em: 9 abr. 2014.

BITTENCOURT, Simone Armentano. **Motivação para a mudança: Adaptação e validação da escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) para o comportamento de comer compulsivo**, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://tardis.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/4779/1/000417210-Texto%2BCompleto-0.pdf>>. Acesso em 18 mai. 2014.

BLOOM, Paul N.; KOTLER, Phillip; HAYES, Thomas. **Marketing de serviços profissionais: estratégias inovadoras para impulsionar sua atividade, sua imagem e seus lucros**. Barueri: Manole Ltda., 2002.

BRAGUINSKY, Jorge. Dietoterapia e obesidade. **Obesidade**. São Paulo, 1998. p.227-245.

BOONE, Louis E.; KURTZ, David L. **Marketing contemporâneo**. Cengage Learning, 2009.

CZINKOTA, Michael R. et al. **Marketing: as melhores práticas**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

DAMASCENO, Vinicius Oliveira et al. Imagem corporal e corpo ideal. **Rev. Bras. e Mov**, Minas Gerais, v. 14, n. 2, p. 81-94, 2006. Disponível em: <http://www.trainingcomp.com/ciencia/1_Imagem_corporal_y_cuerpo_ideal.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2014.

DELLANDE, Stephanie.; GILLY, Mary C.; GRAHAM, John L. Gaining compliance and losing weight: the role of the service provider in health care services. **Journal of Marketing**. v. 68, p. 78–91, 2004.

DICLEMENTE, Carlo C.; BELLINO, Lori E.; NEAVINS, Tara M. Motivation for Change and Alcoholism Treatment. **Alcohol Research & Health**, v. 23, n. 2, p.86-92, 1999.

FISHMAN, Tana. The 90-second intervention: a patient compliance mediated technique to improve and control hypertension. **Public Health Reports**, v. 110, n. 2, p. 173, 1995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1382097/>>. Acesso em: 7 abr. 2014.

FOREYT, John P.; POSTON II, Walker S. Carlos. The Role of the Behavioral Counselor in Obesity Treatment. **Journal of the American Dietetic Association**, p.27–34, 1998.

GIL, Antonio Carlos. **Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, Fernanda Kersting. Efeitos da socialização organizacional, experiências de reforço e locus de controle na motivação e comportamento de coprodução. 2014.

GUTTIERRES, Ana P. M.; ALFENAS, Rita de Cássia G. Efeitos do índice glicêmico no balanço energético. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 51, n. 3, p. 382-388, 2007. Disponível em: <<http://anabolismo.org/2013/04/efeitos-do-indice-glicemico>>. Acesso em 7 abr. 2014.

HEATHER, Nick. **Addictive disorders are essentially motivational problems**. *British Journal of Addiction*, v. 87, n. 6, p. 828-830, 1992.

JIN, Jing et al. Factors affecting therapeutic compliance: a review from the patient's perspective. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, v. 4, n. 1, p. 269, 2008. Disponível em < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2503662/>>. Acesso em: 25 mai. 2014.

JÚNIOR, Noel Torres; MIYAKE, Dario Ikuo. Melhoria de desempenho em serviços: alternativas para lidar com o trade-off entre eficiência e eficácia. **Revista Produção Online**. v. 11, n. 1, p. 162-193, 2011. Disponível em: <https://cepead.face.ufmg.br/files/nucleos/nipe_log/O13_L23.pdf> . Acesso em: 25 mai. 2014.

KESSLER, Marcelo Eduardo; HALPERN, Alfredo; ZUKERFERLD, Rúben. **Emagreça mudando o corpo e a cabeça: motivação, auto-estima e baixas calorias**. Creao Publicações, 1997.

KOTLER, Phillip; KELLER, Kevin Lane. **Administração de Marketing**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

LENGNICK-HALL, Cynthia A. Customer contributions to quality: a different view of the customer-oriented firm. **Academy of Management review**. v. 21, n. 3, p. 791-824, 1996.

LOVELOCK, Christopher ; WRIGHT, Lauren. **Serviços: marketing e gestão**. Saraiva, 2007.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MINISTERIO DA SAÚDE – MS. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Disponível em: <http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/vigitel_2012.pdf> Acesso em: 02 de abr. 2014.

NASCIMENTO, Carlos Alberto Domingues do; BEZERRA, Simone Maria Muniz da Silva; ANGELIM, Ednalva Maria Sampaio. Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 193-201, 2013.

NIQUE, Walter; LADEIRA, Wagner. **Pesquisa de marketing: uma orientação para o mercado brasileiro**. São Paulo: Atlas, 2014.

NIQUINI, Caroline.; NAVARRO, Francisco; BESSA, Fernando. Fatores associados à adesão e não adesão do tratamento não farmacológico em usuários com obesidade pelo programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. São Paulo v.6, n.31, p.46-57, Jan/Fev. 2012. Disponível em: <<http://oaji.net/articles/811-1399470243.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Centro de prensa: Notas descritivas: **Obesidad y sobrepeso**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

PIMENTA, Filipa et al. O peso da mente: uma revisão de literatura sobre factores associados ao excesso de peso e obesidade e intervenção cognitivo-comportamental. **Análise Psicológica**. v. 27, n. 2, p. 175-187, 2009.

PINTO, Sandro. **A negação da motivação extrínseca: mito ou realidade? In: Encontro de estudos organizacionais da associação nacional dos programas de pós graduação em administração**, 6., 2010, Florianópolis. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEO/eneo_2010/2010_ENEO360.pdf> . Acesso em: 18 mai. 2014.

RAVENNA, Máximo. **Uma delgada línea...** entre el exceso y la medida. Buenos Aires: Galena, 2006.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2012.

ROLLNICK, Stephen. Behaviour change in practice: targeting individuals. *International journal of obesity and related metabolic disorders. Journal of the International Association for the Study of Obesity*. v. 20, p. S22-6, 1996.

SANTIAGO, Onete Ramos. **Compulsão alimentar**, 2002. Disponível em: <http://www.mayte.us/psico/onete/compulsao_alimentar.htm>. Acesso em: 16 abr. 2014.

SARWER, David et al. Female college students and cosmetic surgery: An investigation of experiences, attitudes, and body image. **Plastic and Reconstructive Surgery**. v. 115, n. 3, p. 931-938, 2005.

SHAROVSKY, Lilian L. et al. Tratamento não-farmacológico da síndrome metabólica: visão do psicólogo e do nutricionista. **Revista brasileira hipertensão**. v. 12, n. 3, p. 182-185, 2005.

TINOCO, Maria Auxiliadora Cannarozzo; RIBEIRO, José Luis Duarte. Estudo qualitativo dos principais atributos que determinam a percepção de qualidade e de preço dos consumidores de restaurantes a la carte. **Gestão e Produção**. v. 15, n. 1, p. 73-87, 2008.

TORAL, Natacha.; SLATER, Betzabeth. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência saúde coletiva**. v. 12, n. 6, p. 1641-1650, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63013517025.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2014.

ANEXO A - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

- **Abertura**

- Boas vindas ao grupo;
- Apresentação da pesquisadora;
- Explicar os objetivos e o contexto;
- Explicar o que é um grupo focal;
- Pedir autorização para gravar o grupo;
- Solicitar que cada um se apresente.

- **O Emagrecimento**

1. Por que as pessoas querem ser magras?
2. O que as pessoas fazem, na sua rotina, efetivamente para emagrecer?

- **Envolvimento com o Método**

3. Por que vocês acham que existem pessoas que conseguem emagrecer e outras não?
4. Como você se sente quando consegue emagrecer?
5. O que motiva uma pessoa a seguir uma dieta?

- **Não Envolvimento com o Método**

6. Por que algumas pessoas desistam de um tratamento já iniciado?
7. Relate o momento em que você resolveu abandonar algum tratamento.

- **Características da instituição**

8. Que estratégias você já utilizou para emagrecer? Qual você considera a melhor?
9. O que difere um método efetivo de um não efetivo?
10. Quais as características um método deve ter para você optar por ele quando buscar emagrecer?
11. Há alguma característica que o Creoo não tem que você gostaria que tivesse para seguir o tratamento adiante?

- **Fechamento**

- Você teria algum ponto a salientar que não tenha sido citado nesse encontro?
- Agradecimentos.
- Onde os resultados estarão disponíveis.

ANEXO B - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE

- **Abertura**

- Apresentação da entrevistadora;
- Explicar os objetivos da entrevista;
- Lembrar que as informações não serão usadas para outros fins senão os da pesquisa;
- Pedir autorização para gravar a entrevista.

- **O Emagrecimento**

1. Qual a seu entendimento do problema da obesidade?
2. Como você explica que a maior parte dos tratamentos não dá certo?
3. O que motiva uma pessoa com sobrepeso e obesidade a iniciar um processo de reeducação alimentar? Há diferença entre elas?
4. De que depende o sucesso do tratamento?
5. Por que algumas pessoas conseguem emagrecer e outras não?
6. Por que as pessoas desistem? Que características essas pessoas possuem?

- **Método**

7. Em que medida o profissional que trata o obeso é responsável pelo sucesso do tratamento?
8. Como motivar um paciente a seguir na dieta?
9. Quais são os limitadores os quais o profissional deve enfrentar?
10. Quais os fatores essenciais para um método ter resultado?
11. Que características deve ter um profissional que atua no tratamento do sobrepeso?
12. Qual a importância dos avanços científicos no dia a dia do tratamento da obesidade?
13. O que você entende como sucesso no tratamento da obesidade?

- **Características da instituição**

14. Como é possível facilitar o processo de reeducação alimentar?

- **Fechamento**

- Você teria algum ponto a salientar que não tenha sido citado nesta entrevista?
- Agradecimento.
- Onde os resultados estarão disponíveis.