

Avaliação da adesão terapêutica nutricional e sua relação com os modelos de mudança do comportamento alimentar

Ariele Edna Cristina de Sousa*
Renato Moreira Nunes**

RESUMO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica cujo objetivo é identificar os fatores que influenciam a adesão ao tratamento dietético e estudar a aplicabilidade dos modelos de mudança do comportamento alimentar associado à aderência terapêutica. A partir disso será possível desenvolver e aplicar abordagens e condutas eficazes de modo que o tratamento dietético seja seguido e mantido no dia a dia dos indivíduos. Consultaram-se as bases de dados científicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no portal Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medline, Lilacs e revistas impressas, além de teses, dissertações, livros e manuais. O artigo também explora conceitos, ferramentas e instrumentos de auxílio que possam contribuir tanto para o profissional na transmissão de informações, quanto para o indivíduo-paciente no entendimento destas. Deste modo será possível que o profissional crie um novo olhar perante as diversas situações e problemas que o indivíduo lhe propõe, e assim possa desenvolver um trabalho em conjunto com este, construindo um laço de confiança de modo que o indivíduo alcance resultados positivos na adesão à dieta e na mudança do comportamento alimentar.

Palavras-chaves: adesão, comportamento alimentar, tratamento, modelos.

1 INTRODUÇÃO

A adesão ao tratamento tem sido um foco de discussão e de estudo por muitos profissionais na área da saúde, incluindo os trabalhos realizados em consultórios, ambulatórios e ambiente hospitalar (MALDANER et al., 2008). Isso deve-se ao fato de existir um grande número de indivíduos que desistem da mudança de hábitos e de seguir as orientações terapêuticas recomendadas. Estudos quantitativos revelam que apenas 6,7% dos indivíduos aderem ao tratamento dietético (MACHADO, 2009), este índice além de assustador é curioso e gera bastante repercussões de âmbito individual e populacional, e a nível global. Estudos demonstram que até 80% dos indivíduos desistem de aderir a dieta (GUIMARÃES et al., 2010). Esta não-adesão a dieta é um fator preocupante e que causa implicações negativas na qualidade de vida e na saúde do indivíduo, além de frustrar o profissional em sua prática clínica.

Outro fator relevante é a mudança no comportamento alimentar que está intensamente associado à aderência terapêutica. Modificar o comportamento alimentar de um indivíduo é um grande desafio para os profissionais que atuam nessa área, sendo considerada uma área complexa que exige uma intervenção multidisciplinar e interdisciplinar

(TINOCO; PAIVA, 2011). É necessário então, compreender o comportamento alimentar, entender os aspectos que interferem neste contexto que incluem os fatores nutricionais, demográficos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos (TORAL; SLATER, 2007). Além disso, outros fatores como a mídia, preferências e hábitos alimentares, escolhas e disponibilidade de alimentos na maioria das vezes causam uma influência negativa no comportamento alimentar (TORAL, 2006).

Desde então teorias e modelos tem sido objeto de estudo e vem sendo aplicadas por pesquisadores como ferramenta de auxílio para a mudança no comportamento alimentar relacionado com a adesão à prescrição dietética. Estudos indicam que o Modelo Transteórico é um instrumento bastante utilizado por profissionais no tratamento de indivíduos que necessitam passar por modificações no comportamento alimentar (TORAL; SLATER, 2007).

Outro tipo de abordagem se baseia no Modelo de Competência Alimentar de Satter, que aborda o comportamento associado com a atitude alimentar, o qual pode influenciar na escolha dos alimentos de boa qualidade e no ato de se alimentar de modo saudável (SATTER, 2007). Ambos os modelos visão

* Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Nutrição – Juiz de Fora, MG. E-mail: arieleedna@bol.com.br.

** Universidade Federal de Viçosa, Faculdade de Nutrição – Viçosa, MG. E-mail: renato.nunes@ufv.br.

uma maior adesão terapêutica e uma sedimentação da mudança de hábito introduzida pelo terapeuta.

Ao se tratar de mudança de comportamento são utilizados técnicas de aconselhamento, estratégias motivacionais e programas de educação nutricional, assim como a elaboração de metas e condutas realistas (TINOCO; PAIVA, 2011). Todas estas ferramentas precisam estar em sintonia com a necessidade de cada indivíduo e aplicadas de modo que desenvolvam o interesse e o estímulo para a adesão e à mudança comportamental alimentar, de forma concreta e a longo prazo.

O presente estudo teve como objetivo o levantamento bibliográfico simples e a revisão de literatura dos temas pertinentes aos modelos de mudança no comportamento existentes, relacionados à alimentação que contribuem no processo de adesão ao tratamento, assim como compreender os fatores que interferem na adesão terapêutica.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este artigo de revisão foi elaborado por meio de uma pesquisa bibliográfica a partir de material obtido nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no portal Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medline, Lilacs e revistas indexadas impressas.

Assim, para o entendimento da importância da relação entre a adesão ao tratamento dietético e os protocolos de tratamento e educação nutricional existentes, é preciso que haja a compreensão do contexto atual de desenvolvimento humano a respeito do uso destas ferramentas e as relações dos pacientes com suas dificuldades diárias de mudança, para isso foi feita uma pequena explanação da atual situação do tema proposto com a realidade encontrada pelos pesquisadores.

2.1 Adesão ao tratamento

O conceito de adesão é muito amplo, varia de acordo com a fonte consultada, é utilizado de diversas e diferentes formas, mas de modo geral, pode ser compreendido como o conjunto de ações cujo objetivo principal é o seguimento de orientações, isto é, a frequência de consultas, adesão os cuidados, à terapia medicamentosa e não medicamentosa e a conduta do paciente (MORAES et al.; 2009; GUSMÃO et al., 2009). Outros autores relacionam a adesão a comportamentos de saúde que ultrapassam o seguimento de orientações, envolvendo mudanças comportamentais e cognitivas como, cessação do tabagismo, reduzir o consumo de bebidas alcoólicas, tomar o medicamento e conhecer seus efeitos adversos, fazer exercícios físicos, ter relacionamentos

sexuais de forma segura, seguir a dieta ou mudar um hábito alimentar, dentre outras (MORAES et al.; 2009; VERAS; OLIVEIRA; 2009). Nos dias atuais a adesão aos tratamentos dietéticos de mudança de hábito alimentar ao longo da vida parecem ter um grau de dificuldade importante (MACHADO, 2009).

2.2 Comportamento alimentar

Comportamento alimentar se refere às atitudes correlacionadas aos hábitos alimentares adjunto aos atributos socioculturais como, as características intrínsecos individuais e próprios de uma população, envolvidos com o ato alimentar ou com o próprio alimento (TORAL, 2006).

2.3 Fatores que interferem na adesão ao tratamento

Vários fatores podem interferir na adesão a dieta, dentre eles, idade, sexo, etnia, grau de escolaridade e nível sócio econômico. No entanto, indivíduos com idade mais avançada são mais resistentes à adesão, visto que os jovens apesar de não darem muita importância à presença da doença tendem a ser mais plásticos, já os idosos estão mais preocupados em aumentar a expectativa de vida, mas apresentam dificuldades em adotar mudanças efetivas após anos de hábitos. A situação familiar do sujeito também pode influenciar na adesão ao tratamento dietético. O nível de escolaridade influencia diretamente na adesão, pois quanto mais baixa escolaridade mais difícil o entendimento e compreensão do tratamento e das suas orientações dietéticas (VERAS; OLIVEIRA, 2009). Outros aspectos que repercutem na adesão ao tratamento, são os fatores próprios do paciente como a percepção e atitude do mesmo frente ao tratamento terapêutico e a motivação pessoal em relação à conduta, além dos custos com o tratamento; é importante ressaltar aqui a importância de fatores desencadeados pelo profissional que deve delinear a melhor forma de tratamento e incentivar o indivíduo a participar e a aderir às decisões e ações (COELHO; NOBRE, 2006).

Além disso, a relação paciente-profissional interfere na adesão do indivíduo ao tratamento, tornando o seu seguimento e a relação com o profissional laborioso (GUSMÃO et al., 2009). Esses são os principais problemas enfrentados pelos profissionais, que prejudicam a eficácia, a continuidade e a adesão ao tratamento. São necessários neste sentido a adoção de mecanismos e a promoção de estímulos para a realização de mudanças comportamentais pelos indivíduos submetidos a terapias com enfoque na mudança dos hábitos alimentares.

2.4 Fatores que influenciam no comportamento alimentar

O comportamento alimentar apresenta várias influências como, aspectos nutricionais, demográficos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos de um indivíduo ou coletividade. Acredita-se ainda que à medida que se conhece os determinantes do comportamento alimentar do indivíduo, maior a probabilidade de sucesso e adesão aos novos hábitos alimentares saudáveis (TORAL; SLATER, 2007). Aspectos fisiológicos e neurotransmissores também influenciam na escolha de alimentos, motivando o indivíduos na escolha e ingestão de determinados alimentos (DOVERY, 2010).

Desse modo, várias teorias foram estudadas a fim de ajudar a atuação prática do profissional, o direcionamento aos indivíduos que necessitam aderir ao tratamento dietético, entre elas destacamos: O Modelo Transteórico, o Modelo de Competência Alimentar e o Aconselhamento e a Educação Nutricional.

A) Modelo Transteórico

O Modelo Transteórico foi desenvolvido por pesquisadores norte-americanos, Prochaska, Norcross e Di Clemente, em 1979, criado por meio de pesquisas realizadas com tabagistas. Observou-se que muitos indivíduos fumantes conseguiram abandonar o vício sem o auxílio de algum método psicoterápico, enquanto que outros tiveram êxito do abandono apenas com o tratamento psicoterápico.

A partir disso, o modelo foi aplicado em vários tipos de comportamentos com o objetivo de explicar e compreender as alterações que ocorriam na presença ou na ausência da psicoterapia (TORAL; SLATER, 2007). Esses comportamentos incluem fatores, como cessação do tabagismo, exercícios físicos, redução de consumo de gordura, adesão a medicação, a dieta, entre outros, que estão associados diretamente com o aumento da morbidade, mortalidade e expectativa de vida (REDDING et al., 2000; TORAL; SLATER, 2007).

De acordo com Prochaska e Di Clemente, as etapas de mudança são compostas por cinco estágios pelos quais as pessoas passam. O modo como as pessoas pensam, agem, iniciam e mantêm novos comportamentos são conhecidos como processo ou etapas de mudança, que engloba uma sequência de etapas dos quais cada indivíduo evolui naturalmente (TORAL; SLATER, 2007).

No decorrer do estudo pesquisadores perceberam, então, as alterações no comportamento associado à saúde que acontecem mediante os cinco estágios distintos de mudança: a pré-contemplação, a

contemplação, a preparação ou determinação, a ação e a manutenção (TORRAL, 2006).

Durante o estágio de pré-contemplação o indivíduo não está apto a mudar nos próximos meses e nega a presença do problema. O indivíduo muitas vezes não consegue modificar o comportamento devido à ausência de confiança perante a sua capacidade de mudança e muitas vezes eles não fazem planos de modificar seu comportamento alimentar (SUMMERFIELD, 2012).

Na fase de contemplação, o indivíduo apresenta intenção de mudar nos próximos meses. É o estágio em que o indivíduo passa mais tempo estagnado (SUMMERFIELD, 2012). O indivíduo sabe da existência do problema e se prontifica a modificá-lo, mas não apresenta previsão de quando irá iniciar. São percebidos períodos de ambivalência, neste caso o indivíduo vê obstáculos que o impedem de realizar a mudança, mesmo diante de benefícios visíveis (TORAL; SLATER, 2007).

A partir do momento que o indivíduo está pronto a realizar a mudança, ele entra na fase de preparação, mesmo que seja uma pequena mudança. Um indivíduo só se move de um estágio para o outro quando ele começa a perceber os prós e os contras a aquela mudança, visto que os prós devem ser maiores que os contra (SUMMERFIELD, 2012).

A ação é a fase em que a pessoa altera o seu comportamento. A intenção é o maior fator determinante que leva o indivíduo a querer adotar a mudança. É necessário neste estágio encontrar motivos que ultrapassem os custos da mudança (SUMMERFIELD, 2012). Nesta fase, a possibilidade de ocorrer recaída é muito grande, o que requer atenção constante para evitar que isso aconteça (REDDING et al., 2000).

A fase de Manutenção é o estágio no qual a mudança de comportamento já ocorreu, e está presente na rotina por mais de seis meses (TORAL; SLATER, 2007). É o estágio em que o sujeito deve se permanecer, neste caso deve-se realizar a prevenção de recaídas (LASTE et al., 2013).

A recaída acontece quando as pessoas não conseguem manter-se fiéis as novas mudanças, levando o indivíduo a retornar a uma fase anterior à mudança. Esse acontecimento faz parte do processo de mudança e deve ser considerada como um processo de aprendizagem e deve ser visto como um reforço para retornar ao tratamento de forma mais sólida (LASTE et al., 2013). Uma maneira de minimizar a ocorrência de recaídas é permitir a passagem do indivíduo de um estágio para outro somente quando este estiver pronto (SUMMERFIELD, 2012).

Além das etapas de mudança, outro componente também utilizado no modelo transteórico são os processos de modificações de condutas que estão efetivamente associados às mudanças (SHEPHERD; RAATS, 2010).

Os processos de mudança permitem o entendimento sobre como a modificação das condutas recorrentes ocorre entre os estágios. A partir do momento que o indivíduo muda seu comportamento, é possível identificar os dez processos (TORAL; SLATER, 2007). Os 10 processos de mudança que são aplicados com mais frequência na adesão ao tratamento são:

1. aumentar a conscientização e informações sobre a adesão;
2. alívio dramático associado com a não aderência;
3. reavaliação ambiental, que consiste na percepção da eficácia do tratamento em outras pessoas;
4. auto-reavaliação emocional e cognitivo relacionado a adesão;
5. auto-libertação, que firma um compromisso com indivíduo para a adesão;
6. gestão de reforço, com a aplicação de recompensas intrínsecas e extrínsecas para o tratamento;
7. ajudar nas relações, através de incentivos e apoio social;
8. “counterconditioning”, com a substituição do novo comportamento;
9. controle de estímulos, apresentar sugestões e lembretes para a adesão;
10. libertação social, mostrar que a sociedade está mudando para apoiá-lo na adesão (PROCHASKA et al., 2006).

No equilíbrio de decisões, o indivíduo avalia os prós e os contras, como se fossem uma balança demonstrando o ganho para o indivíduo decorrente da mudança de comportamento, associando e comparando as perdas aos ganhos, e os benefícios aos custos em relação à mudança ou manutenção das ações (PROCHASKA et al, 2006; TORAL; SLATER, 2007). Assim com o maior número de prós e menor de contras às mudanças, é possível aumentar a possibilidade de adesão ao tratamento.

Para que as pessoas adotem um novo modelo de comportamento é necessário que elas se sintam confiantes sobre a execução de uma mudança (SUMMERFIELD, 2012). Isto é o que denominamos de auto-eficácia, ela refere-se ao grau de confiança que o indivíduo considera que esteja apto para alcançar o objetivo, superando situações desafiadoras na mudança de comportamento e descobrindo habilidades para enfrentar tentações e recaídas (PROCHASKA et al., 2006; TORAL; SLATER, 2007).

B) Modelo de Competência Alimentar

Segundo Satter (2007a) o Modelo de Competência Alimentar é definido como uma relação entre a atitude alimentar e o comportamento. O ato de comer é visto como um processo complexo, constituído por comportamento adquirido, influências sociais, gostos, atitudes e sentimentos em relação à alimentação, de modo geral e sobre determinados itens alimentares. Este modelo baseia-se em processos biopsicossociais, dentre eles, a fome e a vontade de sobreviver, o apetite e a necessidade de recompensa, e a capacidade de se manter saciável e a manutenção do peso corporal. Esse modelo norteia a quantidade de comida necessária e satisfatória.

A competência alimentar tem a ver com o comportamento e as atitudes de aceitação do alimento que garantem a capacidade do indivíduo ser alimentado, ou seja, comer em quantidade variável e adequada de alimentos para manter a sobrevivência, isso depende tanto da aprendizagem na infância quanto do contexto atual. O comer está relacionado também com as cognições ligadas a alimentação e comportamento. A competência alimentar constitui-se em quatro componentes básicos:

1. a atitude sobre a alimentação e sobre o alimento;
2. a habilidade de aceitação dos alimentos;
3. a competência de regulação interna;
4. a capacidade de gestão no contexto do comer, incluindo a refeição da família (SATTER, 2007a).

A atitude alimentar está fundamentalmente ligada com as primeiras experiências, internas e externas, relacionadas com a alimentação. Atitudes positivas são apoiadas pela aceitação de alimentos, regulamentação e gestão do contexto alimentar. As atitudes individuais sobre o ato de comer podem variar do extremamente positivo ao extremamente negativo como, em momentos de conforto e recompensa, de conflito e ansiedade, de neutralidade e desinteresse. Para realizar uma boa refeição, o indivíduo deve adquirir os seguintes aspectos:

- atitudes positivas sobre o comer;
- capacidade de aprender a gostar e desfrutar os alimentos variados de acordo com a sua disponibilidade;
- criar mecanismo para comer a quantidade suficiente para sobreviver e manter a massa corporal;
- e gerenciar o contexto alimentar familiar, por meio do planejamento, aquisição, armazenamento, preparação e fornecimento de alimentos, assim como, tornar os alimentos seguros e estabelecer o momento da refeição (SATTER, 2007a).

Satter (2007a) afirma que é preciso ensinar habilidades de aceitação dos alimentos. Se o paciente quer criar um vínculo com a sua comida é necessário

que ele passe por experiências, e proporcionar ocasiões para que o mesmo possa preparar e degustar a comida, ou mesmo recomendar alimentos que seja bem aceitos e utilizados em casa.

Uma pessoa que apresenta atitudes e comportamentos eficazes na regulação de alimentos é capaz de controlar os sinais da fome, do apetite e da saciedade de acordo com a sua condição social no consumo de lanches e refeições. Um componente essencial na competência de regulação interna é aceitar o que você possui (SATTER, 2007a). O autor enfatiza ainda o treinamento da regulação interna, isto é, reguladores internos da ingestão de alimentos assumem uma função mais completa quando são utilizados como apoio para regular, prever e gratificar oportunidades para o comer.

A capacidade de gestão no contexto do comer inclui a refeição da família, ter aptidões e recursos para obter e/ ou preparar refeições saudáveis e moderadamente compensadoras, proporcionando oportunidades previsíveis para comer, estar suficientemente confortável com os reguladores internos para a espera das refeições e gerenciar o tempo e a si mesmo a suspensão de outras atividades e ter tempo para comer (SATTER, 2007a). Desse modo é possível realizar um plano estratégico com a permissão para comer quantidades adequadas do alimento preferido, às vezes de forma previstas (SATTER, 2007b).

C) O Aconselhamento e a Educação Nutricional

A terceira teoria abordada nesta revisão é o Aconselhamento e a Educação Nutricional. Bauer et al. (2011) define o aconselhamento nutricional como um método de orientação para promover alimentação e o estilo de vida saudáveis, visando atender as necessidades nutricionais e resolver problemas que impeçam a mudança. Segundo Rodrigues e outros (2005) o aconselhamento é um método que precisa ser resgatado, de modo educativo, com o propósito de reestruturar a atuação do nutricionista associado ao cliente que precisa alterar seu comportamento alimentar. Isso trará benefícios à saúde e um estilo de vida mais saudável e prazeroso aos indivíduos que necessitam de mudança no hábito alimentar.

A proposta inicial do aconselhamento nutricional é encorajar o indivíduo a expor os seus problemas (RODRIGUES et al., 2005). E a partir disso, o nutricionista será capaz de desenvolver técnicas apropriadas para cada caso.

Por outro lado, a Educação Nutricional é definida como um conjunto qualquer de experiências aprendidas que facilitem a ação voluntária de comer e de outros comportamentos alimentares que sejam favoráveis à saúde e ao bem-estar do indivíduo. O

objetivo da educação e do aconselhamento nutricional é fornecer apoio e orientação aos indivíduos sobre como realizar escolhas alimentares adequadas que atendam as suas necessidades (BAUER et al., 2011).

O papel do conselheiro é transmitir informações e mensagens necessárias para o processo de mudança do comportamento alimentar, passar de forma positiva o conhecimento sobre alimentação saudável, incluindo conceitos de alimentos bons e maneiras apropriadas de adicioná-los a dieta e formas de preparo mais adequadas (BAUER et al., 2011).

No entanto, muitos fatores e algumas influências estão muitas vezes interligados e podem competir uns com os outros deixando o indivíduo frustrado e deprimido quando o assunto é mudança. As preferências alimentares adquiridas desde a infância, o conhecimento sobre Nutrição, tempo e conveniência, a religião e a cultura, os fast-food, a mídia e as experiências sociais são fatores que interferem na mudança de hábitos alimentares saudáveis (BAUER et al., 2011).

Fatores socioeconômicos, psicológicos, disponibilidade e variedade de alimentos também influenciam a escolha e consumo de alimentos “saudáveis” ou “não saudáveis”. Portanto, o entendimento de todos esses fatores é fundamental para que os educadores e conselheiros da nutrição atuem na mudança do comportamento alimentar do indivíduo, a fim de estabelecer novos hábitos que lhe proporcione uma vida saudável (BAUER et al., 2011).

3 DISCUSSÃO

A adesão ao tratamento dietético é o fator primordial para sucesso terapêutico. O principal objetivo no tratamento dietético é promover saúde e qualidade de vida, através da adoção da alimentação e estilo de vida saudáveis. Muitos profissionais da saúde são imediatistas e apresentam uma visão muito restrita quanto ao processo de adesão ao tratamento dietético, eles realizam restrições radicais, empregam condutas incoerentes com a realidade do indivíduo e utilizam métodos e estratégias inadequadas.

Segundo Moraes e outros (2009), algumas pesquisas afirmam que estimativas de adesão variam de 7 a 85% em relação às orientações executadas por profissionais de saúde. Dados revelam ainda que 50 a 60% dos indivíduos tendem a não seguir as recomendações relacionadas à mudança de hábitos de vida.

Em um estudo realizado por Koehnlein e outros (2008), verificou-se que entre os indivíduos que

encontravam-se em tratamento dietético, 2,22% deixaram o tratamento logo na segunda consulta de retorno, sendo que no terceiro retorno 66,67% dos indivíduos permaneceram no tratamento e apenas 35,55% seguiam as orientações no quarto retorno. Ainda assim, dos indivíduos que iniciaram o tratamento 64,44% desistiram de seguir as orientações terapêuticas na terceira e na quarta consulta, sendo que 24,44% deles alcançaram ou continuaram eutróficos e 40% abandonaram o tratamento.

Vários fatores comprometem a adesão ou não ao tratamento. No estudo foram analisados os aspectos que mais dificultaram a adesão à dieta, entre eles:

- a) 42,22% devido a falta de compreensão em relação as orientações;
- b) 26,67% dos indivíduos relataram que a não adesão era devido à mudança drástica dos hábitos alimentares;
- c) 15,56% por dificuldades no aspecto financeiro;
- d) e 6,67% por causa da sensação de fome.

Ainda no mesmo estudo foram considerados os fatores que contribuíam para a manutenção dos novos hábitos:

- a) 68,89% dos indivíduos disseram ser possível de manter o tratamento, mas impossível de ser realizado em ocasiões sociais e festas;
- b) 11,11% relataram ser fácil de ser mantida;
- c) 8,89% acham ser difícil, pois perdem o controle facilmente
- d) e 6,67% acham difícil devido a adaptação a rotina.

Em relação ao agente desmotivador:

- a) 40% relataram que a ansiedade foi primordial neste quesito;
- b) os resultados lentos foram referidos por 35,56% dos indivíduos
- c) e 17,78% por causa das restrições alimentares.

Podemos perceber ainda que a adesão está associada a fatores como, contexto familiar, social e ao trabalho. Foi verificado que os principais motivos que levam ao abandono do tratamento se devem a: falta de tempo, insatisfação com o tratamento, problemas pessoais e saúde debilitada (GUIMARÃES, 2010).

O alto custo que a pessoa tem no tratamento dietético pode ser considerado uma barreira, impedindo que o tratamento continue. Uma pesquisa realizada com os americanos, em 2008 pela Pesquisa Nacional da Associação Americana de Tendências Alimentares, mostrou que os principais obstáculos para adquirir uma alimentação saudável se resumem em:

a) 73% relatam dificuldade em desistir das comidas preferidas;

b) 79% estão satisfeitos com a maneira atual de comer;

c) 54% dizem que a percepção leva muito tempo

d) e 41% reclamam da falta de compreensão das orientações (SUMMERFIELD, 2012).

Em um estudo realizado nos EUA, mais da metade dos entrevistados disseram que dava muito trabalho comer uma dieta saudável. Os consumidores, em geral, disseram que não querem comer uma comida que eles não gostam. Eles expressavam prazer por comer aquela comida, mas também culpa por ter comido. Em uma pesquisa realizada pela revista PARADE, em 2005 nos EUA, 50% dos entrevistados relataram compreender o Guia de Pirâmide Alimentar, mas não o seguiam integralmente, embora chegassem a comer alimentos saudáveis, mas logo em seguida comiam lanches como forma de prazer ou recompensa (SATTER, 2007a).

A maioria das pessoas considera o gosto como um atributo para a seleção de alimentos (SATTER, 2007a). A escolha alimentar envolve fatores como, a seleção e o consumo de alimentos e bebidas, considerando-se, como, quanto, onde e com quem as pessoas comem assim como os outros aspectos ligados a alimentação e ao comportamento alimentar. A escolha alimentar expressa as preferências alimentares, identidades e significados culturais do indivíduo. A seleção da escolha pelo alimento é uma atividade construída a partir de experiências passadas e contextos naturais da vida, que influenciarão na incorporação e na seleção dos alimentos (SHEPHERD; RAATS, 2010).

Indivíduos que passaram por aconselhamento nutricional apresentam maior nível de conhecimento e estão mais predispostos a ter uma melhor qualidade na dieta e maior aderência ao tratamento dietético. O autor ainda aponta que pessoas com baixa renda familiar gastam menos com frutas e legumes do que as pessoas de alta renda, enquanto que independente de sua renda 19% não os consomem em nenhum dia da semana (BAUER et al., 2011).

Durante uma pesquisa foi observado que indivíduos que receberam orientações individuais ou em grupo apresentaram uma melhora no comportamento alimentar. Percebe-se que é muito comum a baixa adesão ao tratamento nutricional a curto e longo prazo. A literatura sugere que o motivo para a não adesão ao tratamento deve-se ao tipo de estratégia que é utilizada, como atendimento individualizado insuficiente para motivar o

indivíduo a uma mudança dietética (GUIMARÃES, 2010).

Os profissionais podem ajudar os indivíduos a identificarem crenças e comportamentos que prejudicam a adesão ao tratamento e apresentar alternativas para que possam auxiliar na adesão do mesmo. Podem-se utilizar mensagens motivacionais em lugares de costume e inesperados que motivem o indivíduo a continuar o tratamento. No entanto, coisas, lugares e pessoas que possam interromper o processo devem ser evitados. Indivíduos no estágio ação também necessitam receber mensagens, ou recompensas intrínsecas, quanto a sua aderência terapêutica. Indivíduos devem premiar-se com afirmações positivas, neste sentido os profissionais podem enaltecer as conquistas e ajudá-los a reconhecer os benefícios ou vantagens do seu esforço (PROCHASKA et al., 2006).

A necessidade do uso de estratégias é evidente, pois podem melhorar o processo de adesão como, realizar reuniões periódicas em grupo; estabelecer metas possíveis de serem realizadas; elaborar atividades que associem exercícios físicos e educação nutricional, além do suporte familiar e social ou ainda estabelecer um laço terapêutico para que o indivíduo tenha capacidade de solucionar os problemas relacionados à alimentação. Pequenas mudanças no comportamento alimentar, mesmo não trazendo benefícios a saúde a curto prazo, podem ser obtidas com o aconselhamento nutricional (GUIMARÃES, 2010). Para obter bons resultados na mudança do comportamento alimentar é importante ter uma boa relação conselheiro e cliente, etapa fundamental que irá direcionar sucesso ou fracasso (BAUER et al., 2011).

Mudanças radicais, alterações quanto à preferência a determinados alimentos e hábitos alimentares foram considerados os fatores que mais se associam a precária qualidade de vida (KOEHNLEIN et al., 2008). Um estudo realizado por DiMatteo foi verificado que 38% dos participantes não conseguiam seguir o tratamento recomendado com regularidade, por exemplo, diminuir a ingestão de um nutriente específico (LASTE et al., 2013).

Portanto, estabelecer metas no tratamento dietético é um método útil quando os objetivos estão associados com comportamento que estão sob o controle da pessoa (SUMMERFIELD, 2012). Metas como, “reduzir a ingestão de gordura” ou “aumentar o consumo de água” é necessário conhecer e entender o que determina a escolha alimentar daquele indivíduo e quais as barreiras

que podem surgir no ato dessas mudanças (SHEPHERD; RAATS, 2010). Além disso, metas cujos objetivos são muito abertos torna-se difícil de ser mensuradas para o indivíduo e perceber se o objetivo foi alcançado. Então deve-se ser especificado e esclarecido “o quanto de frutas e verduras devo consumir” e “o quanto devo reduzir na ingestão de frituras”, desse modo fica mais fácil para o indivíduo quantificar e para o profissional avaliá-lo (SHEPHERD; RAATS, 2010).

Outra dificuldade a ser analisada em relação ao comportamento alimentar são as várias mudanças necessárias a serem realizadas pelo indivíduo, tendo em vista que modificar várias características na alimentação torna o processo muito mais complicado ao se comparar com apenas um comportamento. O que acontece é que muitos profissionais estão preocupados com os resultados ao invés de um comportamento característico, às vezes eles preferem esperar que o indivíduo pare de ingerir gordura do que parar de comer biscoitos recheados. Pode ser que até ocorra a redução da ingestão de gordura, mas o consumo de biscoito ainda possa estar presente, contribuindo desta forma com a manutenção do peso. Por isso a necessidade de que uma definição da meta de modo claro é tão importante, pois de forma contrária serão poucos os pacientes que vão saber se o objetivo foi atingido (SHEPHERD; RAATS, 2010).

A motivação ao indivíduo a adesão ao tratamento é um grande desafio na prática clínica, mas é uma estratégia essencial e contribui eficientemente tanto para o indivíduo, a aderir ao novo comportamento alimentar e uma vida mais saudável, quanto para o profissional, tornando este mais motivado a elaborar novas técnicas e estratégias de adesão.

Os autores relatam ainda que a insuficiência de pesquisas sobre o modelo de mudança do comportamento alimentar e os processos de mudança tornam a prática da teoria em relação ao comportamento alimentar ineficaz. Para isso seria necessário realizar testes de intervenções específicos de modelos de comportamentos alimentares em comparação com modelos de intervenções gerais a fim de demonstrar as vantagens da utilização do modelo intervencional adotado (SHEPHERD; RAATS, 2010). Os poucos estudos existentes que utilizam o modelo de comportamento alimentar incluem apenas os estágios de mudança, eliminando outras medidas como, os processos de transformação, o equilíbrio de decisões e a auto-eficácia, por ser mais complicado a correlação entre os mesmos. Acredita-se a necessidade de mais estudos sobre o tema, pelo fato do emprego

do modelo no comportamento alimentar ser recente (TORAL; SLATER, 2007).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos perceber após o exposto que vários fatores dificultam a adesão do paciente ao tratamento dietético como, a falta de compressão às orientações dados pelos profissionais e mudanças radicais nos hábitos alimentares, e o agente desmotivador para a adesão, destaca-se a ansiedade, os resultados lentos e as restrições alimentares severas. Acredita-se ainda que existem alguns modelos de protocolos e de conduta profissionais que podem auxiliar no prognóstico do paciente.

O modelo Transteórico apesar de ter poucos estudos relacionados com a alimentação é sustentado por estudos realizados que comprovam ser bastante útil na mudança de comportamento alimentar do indivíduo, podendo contribuir positivamente nos resultados de adesão ao tratamento dietético. Porém, visto que o modelo foi construído para a cessão do tabagismo, ainda há uma maior necessidade de construir, em cada estágio, medidas específicas para o campo da nutrição, sendo necessário ser aplicado criticamente na prática, e adequar sua conduta para utilizá-lo como método eficaz para o processo de modificação do comportamento alimentar.

Já o Modelo de competência alimentar ajuda a trabalhar as mudanças, rotinas, conceitos e tabus

existentes na alimentação do indivíduo, resolvendo paradigmas de conduta que favoreçam a adoção de bons hábitos alimentares

O aconselhamento e a educação nutricional são processos de intervenção longos, que demandam tempo e dedicação do profissional, pois parte da reconstrução de informações advindas dos conhecimentos e da experiência do próprio indivíduo, no processo de formação dos seus hábitos e modificação do seu comportamento.

Como podemos perceber não se pode determinar qual o melhor método ou estratégia a ser aplicada sem o conhecimento prévio das características de um paciente, cada indivíduo tem a sua necessidade individualizada, e a partir das suas características, dos seus problemas e do seu comportamento, se faz a necessidade de utilizar o modelo que possa contribuir no processo.

Percebe-se, no entanto que existe a necessidade do uso de um método de abordagem e tratamento, de acordo com o estágio em que o paciente se encontra e que provavelmente o insucesso de grande parte dos tratamentos intervencionais dietéticos é devido ao desconhecimento dos métodos de abordagem terapêutica dos indivíduos que necessitam de uma intervenção nutricional para mudança de hábitos alimentares, pois a estas informações ou utilização de modelos ainda são muito pouco conhecidos e testados como é evidenciado pela dificuldade de se encontrar literatura específica sobre o assunto.

Evaluation of nutritional therapy adherence and its relation with the models of behavior change feed

ABSTRACT

The present study is a bibliographical research whose goal is to identify the factors that influence adherence to dietary treatment and study the applicability of the models of behavior change feed associated with the therapeutic adherence. From this it will be possible to develop and implement effective approaches and pipelines so that dietary treatment is followed and maintained in everyday life of individuals. Consulted the scientific databases the Virtual Health Library (VHL), Scientific Eletronic portal Library Online (SciELO), Medline, Lilacs and print magazines, as well as theses, dissertations, books and manuals. The article also explores concepts, tools and instruments for aid that may contribute to both the professional in the transmission of information, as for the individual patient in understanding of these. In this way it will be possible to create a new professional look to the various situations and problems that the individual proposes, and so can develop a work in conjunction with this, building a bond of trust so that the individual reach positive results on adherence to the diet and feeding behavior change.

Key words: adhesion, feeding behavior, treatment, models

REFERÊNCIAS

BAUER, K. D.; LIOU, D.; SOKOLIK, C. A. Preparing to Meet your Clients. In: **Basic Nutrition Counseling and Education** - Skill Development. Wadsworth, 2ª ed, v.1, no.1, p. 464, 2011.

COELHO, E. B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti hipertensivo. Ribeirão Preto: **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n. 1, p. 51-54, 2006.

- DOVEY, T. The energy demands of the brain: central mechanisms of eating. In: **Eating Behaviour**. Maidenhead, 1ª ed, v.1, no.1, p. 226, 2010.
- GUIMARÃES, N. Z. et al. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.23, n.3, p.323-333, maio./jun. 2010.
- GUSMÃO, J. L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.16, n.1, p.38-43, 2009.
- KOEHNLEIN, E. A.; SALADO, G. A.; YAMADA, N. A. Adesão à reeducação alimentar para perda de peso: determinantes, resultados e a percepção do paciente. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, Maringá, v. 1, n. 23, p. 56-65, 2008.
- LASTE, D. S.; SUSIN, N.; OLIVEIRA, M. S. Aplicação da entrevista motivacional em pacientes com síndrome metabólica para mudança no estilo de vida. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 15-26, mai. 2013.
- MACHADO, M. M. P. **Adesão ao Regime Terapêutico - Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros**. Tese (Curso de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde) - Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal, p. 254, 2009.
- MALDANER, C. R. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, n.29, v.4, p.647-53, dez, 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LJLACS&exprSearch=563258&indexSearch=ID&lang=p>>. Acesso em: 30 de agosto de 2013.
- MORAES, A. B. A., et al. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva**, Campinas-SP, v. 11, n. 2, p. 329-345, 2009. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/408>>. Acesso em: 19 de setembro de 2013.
- PROCHASKA, J. M. et al. Assessing Readiness for Adherence to Treatment. In: O'DONOHE, T.; et al. Promoting Treatment Adherence: A Practical Handbook for Health Care Providers. Thousand Oaks: **Sage Publications**, 2006, p. 35-46.
- REDDING, C. A.; et al. Health Behavior Models. Rhode Island: **The International Electronic Journal of Health Education**, v. 3 (Special Issue), p. 180-193, 2000.
- RODRIGUES, E. M. et al. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto de atendimento nutricional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.18, n.1, p.119-128, jan./fev., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1415-52732005000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 de setembro de 2013.
- SATTER, E. Eating Competence: Nutrition Education with the Satter Eating Competence Model. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, Mandan Crescent, v. 39, n. 5, p.S189-S194, sept./Oct., 2007.
- SATTER, E. Eating Competence: Definition and Evidence for the Satter Eating Competence Model. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, Mandan Crescent, v. 39, n. 5S, p. S142-S153, sept./Oct., 2007.
- SHEPHERD, R.; RAATS, M. The psychology of food choice. **Frontiers in nutritional science**, Wallingford, v.1, n. 3, p. 399, 2010.
- SUMMERFIELD, L. M. Behavioral Approaches to Weight Management. In: **Nutrition, Exercise and Behavior** – Na integrated approach to weight management. Marymount University, Wadsworth, 2ª ed, v. 1, p. 307-345, 2012.
- TINOCO & PAIVA. Intervenção clínica e preventiva nos comportamentos alimentares. **Acta Medica Portuguesa**. n. 24, v. S4, p.741-746, 2011. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1599>> Acesso em: 10 de setembro de 2013.
- TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do Modelo Transteórico no Comportamento Alimentar. São Paulo: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1641-1650, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600025>. Acesso em: 15 de agosto de 2013.
- TORRAL, N. **Estágio de mudança de comportamento e sua relação com o consumo alimentar de adolescentes**. Dissertação (Curso de Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=444768&indexSearch=ID>>. Acesso em: 18 de agosto de 2013.
- VERAS, R. F. S.; OLIVEIRA, J. S. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 132-138, jul./set.2009.

Enviado em //

Aprovado em //