

Aspectos Psicológicos e Propostas Teóricas Relacionadas à Adesão ao Tratamento Nutricional dos Pacientes Obesos

Psychological Issues and Proposals Concerning the Accession to the Theoretical Treatment of Nutritional Obese Patients

Juliana Galvão e Silva

Ana Paula Caetano de Menezes Soares

Artigo Original

Original Paper

Palavras-chave:

Obesidade

Educação Nutricional

Adesão ao Tratamento

Teorias Psicológicas

Resumo:

O presente trabalho trata-se de uma revisão de bibliografia, cujo objetivo é correlacionar três propostas teóricas com a adesão de pacientes obesos ao tratamento nutricional, tendo como fio condutor os aspectos psicológicos relacionados à obesidade. Tais teorias são: Teoria da Autodeterminação, Modelo Transteórico e Terapia Cognitivo Comportamental. A Teoria de Autodeterminação defende que o indivíduo é influenciado por três necessidades psicológicas primárias e universais: a autonomia, a competência e a relação social. Já o Modelo Transteórico, emprega estágios de mudança para agregar processos e princípios de transformação do comportamento, sendo utilizados cinco estágios: pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção. E a Terapia Cognitivo Comportamental, fundamenta que pensamentos mal adaptados são transformados, e as capacidades de resolução de problemas e enfrentamento são reforçadas, atuando em uma intervenção semiestruturada. Conclui-se então que ao correlacionar as três teorias abordadas com o tratamento nutricional da obesidade, percebe-se que é de suma importância ter como base no aconselhamento nutricional o enfoque de uma destas três teorias propostas, ou uma combinação delas, pois amparado pelas mesmas o nutricionista consegue enxergar e ajudar o indivíduo a superar suas dificuldades e angústias, levando-o a ter uma melhor adesão ao tratamento nutricional, e evitando que o indivíduo abandone e/ou não leve a sério o tratamento proposto.

Abstract

The present work it is a review of literature, whose aim is to correlate these three theoretical perspectives with the accession of obese patients to nutritional treatment, with the thread of the psychological aspects related to obesity. These theories are: Determination Theory, the Transtheoretical Model and Cognitive Behavioral Therapy. Self-Determination Theory argues that the individual is governed by three primary and universal psychological needs: autonomy, competence, and social relationship. Already the Transtheoretical Model, stages of change employed to aggregate processes and principles of transformation of the main theories of intervention, being described by five stages: pre-contemplation, contemplation, preparation, action and maintenance. And Cognitive Behavioral Therapy, which underlies maladaptive thoughts are processed, and the skills of problem solving and enforced, acting on a semi-structured intervention. It follows then that correlate to the three theories dealt with the nutritional treatment of obesity, one realizes that it is extremely important to be based on nutritional counseling the focus of one of the three proposed theories because these theories can be noted that the dietitian can see and help the individual to overcome their difficulties and, taking it to have better adherence to nutritional treatment, and ensuring that the individual leaves and/ or do not take seriously the proposed treatment.

Key words:

Obesity

Nutrition Education

Treatment Adherence

Psychological Theories

¹Discente: Juliana Galvão e Silva (Ciências da Saúde – UniFOA)

²Docente: Ana Paula Caetano de Menezes Soares (Ciências da Saúde – UniFOA)

1. Introdução

O aconselhamento nutricional é a base para respostas eficazes e satisfatórias do tratamento, para isso o nutricionista precisa capacitar o indivíduo na realização de escolhas e solução de seus problemas. Contudo, o nutricionista deve definir e estruturar seu papel para o indivíduo, podendo haver uma indicação do que, como e por que ele pretende realizar a interação ou o programa proposto e não deixar de passar ao mesmo as condições que têm de ser sentidas, reconhecidas e percebidas pelo próprio para serem eficazes (MAHAN e ESCOTT-STUMP, 2010).

A adesão ao tratamento nutricional tem como o pilar principal o aconselhamento nutricional, resultando em um leque de fatores positivos na aderência do tratamento. Existem várias propostas teóricas, tais como Modelo de Prevenção de Recaída, Aconselhamento Centrado no Cliente, Modelos de Crenças em Saúde ou Health Belief Model (HBM), Terapia Cognitivo Comportamental, Aconselhamento Gestáltico, Teoria da Autodeterminação, Aconselhamento Psicanalítico, Modelo Transteórico e Aconselhamento Racional-Emotivo (BOOG *et al.*, 2005; TORAL e SLATER, 2007; SNETSELAAR 2010; MESTRE e RIBEIRO, 2010).

Por outro lado, apesar destas inúmeras bases de aconselhamento, o número de indivíduos com IMC > 30kg/m² é estimado em 250 milhões ou 7% da população adulta no mundo, muito embora haja uma grande diferença entre países e população.

A obesidade é uma esfinge endêmica mundial, que vem aumentando em proporções cada vez maiores, levando a um impacto econômico significativo no país, pois esta patologia é um problema grave de saúde pública, sendo assim, o importante cuidado voltado para esta enfermidade, para que ao menos consiga reverter este quadro tão alarmante hoje no mundo (CLAUDINO e ZANELLA, 2005a).

A obesidade é uma doença que abarca um mosaico de fatores que se interrelacionam e completam. Os fatores epidemiológicos, clínicos e nutricionais, neste trabalho servirão como apresentação da obesidade em linhas gerais, uma vez que os fatores comportamentais, cognitivos e psicossociais farão um pano de

fundo para as correlações referentes à adesão ao tratamento nutricional, na perspectiva de três destas correntes voltadas a esta finalidade, quais sejam: Teoria da Autodeterminação ou Self-Determination Theory (SDT), Modelo Transteórico ou Transtheoretical Model (TTM) e Terapia Cognitivo Comportamental (TCC).

A escolha destas três teorias se deu, devido à importância da aplicação de uma delas e/ou a junção das mesmas na prática do tratamento nutricional, pois em estudos observa-se a eficácia e o benefício que as propostas psicológicas fazem no tratamento do indivíduo e também pelo elevado número de pesquisas e trabalhos científicos que relacionam tais propostas teóricas com a obesidade e outros objetos de pesquisas ligados às intervenções nutricionais (RIEBE *et al.*, 2003, HASLER *et al.*, 2004, BRUG, 2005, RIEBE *et al.*, 2005, JOHNSON *et al.*, 2008).

Em suma, o objetivo do presente trabalho é correlacionar estas três correntes teóricas com a adesão de pacientes obesos ao tratamento nutricional, tendo como fio condutor os aspectos psicológicos relacionados à obesidade.

2. Metodologia

Desta forma para alcançar este objetivo, o presente trata-se de uma revisão bibliográfica, tendo como base artigos científicos, livros, dissertações e teses de mestrado e doutorado; bem como sites científicos e atualizados da web, que abrangem o tema proposto, entre os anos de 1999 a 2010 e utilizando tais termos descritores: obesidade, teoria da autodeterminação, modelo transteórico e terapia cognitivo comportamental.

3. Referencial Teórico

3.1. Obesidade

A obesidade é definida como uma doença multifatorial que ocasiona o acúmulo excessivo de gordura corporal, que gera prejuízos à saúde do indivíduo, como dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos e distúrbios do aparelho locomotor, além de promover o surgimento de enfermidades po-

tencialmente letais como dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes não-insulino-dependente (Diabetes Tipo II) e alguns tipos de câncer (ADES *et al.*, 2002; MONTEIRO *et al.*, 2004), contudo um de excesso de gordura corpórea, aumenta as condições de sequelas para a saúde, que variam de indivíduo para indivíduo (ABRANTES, 2002; PINHEIRO *et al.*, 2004; MARQUES, 2005; WHO, 2006).

Outros pontos que não podem deixar de serem citados, em que se correlacionam e interferem na etiologia da obesidade, são: dieta, sedentarismo, abandono do tabagismo, uso de determinados fármacos, etnia, aspectos neuroendócrinos e genéticos, bem como os fatores socioeconômicos, psicológicos e culturais (CUPPARI, 2005).

Assim existem poucas evidências de que algumas populações são mais suscetíveis à obesidade por motivos genéticos, levando a crer que os fatores ambientais em especial a dieta e a atividade física, são responsáveis pela diferença na prevalência da obesidade em diferentes grupos populacionais (SOARES *et al.*, 2003).

A obesidade não é uma única disfunção no organismo, e sim um grupo de condições com múltiplas causas resultando no excesso de gordura corporal, a influência do genótipo na etiologia desta disfunção pode ser atenuado ou exacerbado por fatores não-genéticos, como o ambiente externo e interações psicossociais que atuam sobre mediadores fisiológicos de gasto e consumo energético (FRANCISCHI *et al.*, 2000).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006), a ocorrência da obesidade nos indivíduos reflete a interação entre uma alimentação altamente calórica, sedentarismo e fatores ambientais, com uma predisposição genética.

Desta forma o perfil de morbi-mortalidade da população brasileira tem se alterado consideravelmente nas últimas décadas em decorrência do aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A obesidade é considerada uma patologia integrante do grupo de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), as quais são de difícil conceituação, ocasionando pontos polêmicos quanto à sua própria denominação, seja como: doenças não-infecciosas, doenças crônico-degenerativas ou como doenças crônicas não-transmissíveis (RIBEIRO *et al.*, 2002; PINHEIRO *et al.*, 2004; MARIATH, 2007). Levando em consideração esse aumento

das DCNT, deve-se observar que a segurança alimentar e nutricional é representada por dois períodos, chamados de positivos e críticos; no qual o positivo visa às ações predominantes na saúde como vigilância alimentar e nutricional, vigilância sanitária de alimentos e medidas educativas, já o crítico é definido pela falta dessas ações, ocasionando agravos à saúde do indivíduo, acarretando um aumento no perfil de morbi-mortalidade da população (BRASIL, 2000).

Quando se define um fenômeno para determinada população como uma epidemia, o que conta é o aumento dos casos. No fenômeno da obesidade, é mais importante entender como se dá na população o ganho de peso do que propriamente o aumento do número de pessoas com IMC acima ou igual a 30 kg/m² (SICHIERI, 2007).

No Brasil a Transição Nutricional entende-se pelo fenômeno de uma passagem da desnutrição para a obesidade de uma determinada população (KAC *et al.*, 2003) e sendo assim complementada por PINHEIRO como modificações sequenciais no padrão nutricional e no consumo de determinados alimentos, levados por mudanças econômicas, sociais e demográficas, e do perfil de saúde das populações (PINHEIRO *et al.*, 2004).

Com relação a isso alguns dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) para 2002-2003 (POF 2002-2003., apud IBGE 2005) pesquisa-se adultos com sobrepeso e obesidade, tendo uma amostra de 48.470 domicílios e, em bases dessas informações, a prevalência de sobrepeso em homens adultos foi diagnosticada por 41,1%, e a de obesidade foi 8,9% e nas mulheres determinados valores foram de 40% para sobrepeso e 13,1% para obesidade. A pesquisa revela que a prevalência de obesidade é maior no sul do país tendo 10,1% para homens e 15,1% para mulheres, comparando a outras pesquisas conclui-se que a obesidade elevou-se em homens em todas as regiões do país, e tendo exceção a mulheres do nordeste do país, nota-se uma decrescente tendência ou manutenção na prevalência de obesidade para as mesmas.

O diagnóstico da obesidade primeiramente dá-se por diferenciar os termos sobrepeso e obesidade, pois são muito utilizados como o mesmo significado; sendo que sobrepeso é o aumento exclusivo de peso e obesidade é o aumento da adiposidade corpórea.

Dentro de vários métodos de avaliação de diagnóstico, temos as relações mais utilizadas que são a peso-estatura (IMC - O IMC apresenta grande precisão, é uma prática de avaliar a obesidade, calculado pela divisão do peso (em quilogramas) pela estatura ao quadrado (em metros); contudo, tem o inconveniente de não distinguir o aumento de gordura ou músculo, ainda que com ele tenhamos a melhor correção entre o peso e a massa de gordura.), a circunferência abdominal e a cintura-quadril (CUPPARI, 2005).

O aporte dietético oferecido ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade deve ser iniciado com todos os processos de uma boa avaliação nutricional, neste momento se avalia os riscos nutricionais que o indivíduo está envolvido, sendo associado ao padrão alimentar, à quantidade de gordura corpórea, sua distribuição ou parâmetros de risco, como tabagismo, etilismo e inatividade física (CUPPARI, 2009).

Além disso, a tendência à obesidade parece estar associada aos Transtornos Alimentares (TA), algo que, na verdade, parece ser mediado por uma maior tendência a fazer dieta. A obesidade também prediz um aumento das brincadeiras relacionadas ao peso, aumentando a pressão social para emagrecer. Conseqüentemente, a obesidade pode também ter efeitos deletérios na autoestima e na satisfação corporal, especialmente em adolescentes com auto-imagem negativa, vulneráveis às pressões culturais pela magreza (MORGAN *et al.*, 2002).

Ressalta-se de outras partes, que os fatores sociais interferem diretamente no convívio do indivíduo obeso, pois estes não estão dentro do padrão de beleza que é imposto pela sociedade, ou seja, “ser magro”, acabando por ficarem excluídos, levando tal indivíduo a desenvolver possíveis problemas psicológicos (HERNÁNDEZ e ARNÁIZ, apud SOARES, 2009).

Contudo tais problemas, também estão associados ao ganho de peso, como por exemplo, estresse, ansiedade, depressão e alguns Transtornos Alimentares (TA), influenciando principalmente o comportamento alimentar, que em muitas vezes levam ao aumento do consumo alimentar (FRANCISCHI *et al.*, 2000).

Deste modo o obeso pode entrar num círculo vicioso de baixa autoestima num processo de autopunição e estigmatização; a maioria

dos indivíduos obesos comem além do que necessitam para satisfazer uma necessidade emocional. Esse ato serve para compensar as carências efetivas, como: falta de amor, repressão familiar, problemas familiares, recursos financeiros, entre outros. O indivíduo torna-se dependente do alimento para preencher seu vazio emocional, sua ansiedade e sua frustração (ROSEN, 1999; CARDOSO, 2006).

PUHL e BROWNELL (2003), relatam que uma questão importante a ser destacada é a atitude negativa dos profissionais de saúde especializados no tratamento da obesidade. Mesmo não tendo a precisão de que este fator influencia na qualidade do tratamento, estudos que demonstram pacientes obesos com dificuldade em aderir ao mesmo, citam tal atitude como um obstáculo para sua continuidade.

Desta forma, faz-se necessário uma compreensão dos fatores intervenientes nos aspectos psicológicos que influenciam a adesão ao tratamento nutricional do ponto de vista cognitivo e comportamental, que servem de suporte para um aconselhamento nutricional eficaz.

4. Aconselhamento Nutricional

RODRIGUES, SOARES e BOOG (2005), apontam que as bases para um bom aconselhamento no contexto do atendimento nutricional, têm de ser estabelecidas com um forte vínculo entre o nutricionista e o paciente, no qual será construída uma relação de confiança, para que o paciente expresse seus pensamentos e angústias.

A partir do vínculo estabelecido com o paciente, o nutricionista tem de trabalhar as limitações do indivíduo, para que não ocorra um abandono do tratamento, muita das vezes esse abandono é realizado pela falta de vínculo e de trabalho nas limitações do mesmo.

A adesão ao tratamento nutricional consiste na harmonia entre o comportamento do indivíduo obeso e as recomendações adotadas pelo seu nutricionista (ASSIS e NAHAS, 1999; RODRIGUES *et al.*, 2005).

ASSIS e NAHAS (1999), buscaram avaliar o estado da arte fazendo a diferença entre adesão e complacência, no qual se refere à adesão como grande conhecimento do indivíduo na resolução dos problemas e na iniciati-

va de decisões sobre as alterações alimentares, que são comportamentos voluntários, e complacência como a extensão na qual o comportamento alimentar e os alimentos consumidos pelo indivíduo se adequam nas prescrições e orientações dietéticas, sendo assim, o nutricionista que determina o que é melhor para o indivíduo.

Os aspectos que entusiasмам a adesão de um indivíduo a uma prescrição dietética e a motivação para adotar um comportamento alimentar, deve ser englobado em características relacionadas ao profissional, paciente, qualidade da relação profissional-paciente, prescrição, aspectos organizacionais, pessoais, ambientais e físicos do serviço ou clínica e ambiente externo ao serviço (ASSIS e NAHAS, 1999).

O aconselhamento nutricional se ajusta na seriedade de identificar e responder os aspectos afetivos assim como os comportamentais, que necessita do diálogo entre o cliente, que traz uma história de vida e busca ajuda para resolver seus problemas de alimentação, entretanto agora cabe ao profissional nutricionista apontar os conflitos que permeiam o problema alimentar, buscando com ele soluções, para encontrar estratégias de enfrentamento de seus problemas alimentares de sua vida habitual (BOOG *et al.*, 2006).

Algumas teorias com base cognitivista e comportamentalista buscam favorecer a adesão ao tratamento nutricional, quais sejam: a teoria da autodeterminação, o modelo transteórico e a terapia comportamental cognitiva.

Tais correntes da Psicologia Cognitiva demarcam seus estudos ao enfoque dado às variáveis que determinam comportamentos observáveis, que são: o estímulo (início do processo), a mediação e a resposta. Dessa forma, o estímulo consiste nas circunstâncias do ambiente e/ou do indivíduo que determinam um dado comportamento, e a resposta é o comportamento observado, a mediação é a variável referente a tudo que acontece entre o estímulo e a resposta (PEIXOTO e SILVA, 2002). Na corrente cognitivista a ênfase está na mediação, ou seja, nos processos do conhecimento (CARINO *et al.*, 2007). Já a corrente comportamentalista à ênfase está na relação entre o estímulo e sua correspondente resposta. Estuda, assim, as características dos diferentes

estímulos na medida em que modulam a força das conexões entre estes e suas consequentes respostas (FLORENTINO *et al.*, 2007).

Contudo estratégias e habilidades diferentes terão de ser utilizadas com o indivíduo, como: a conscientização, fornecimento de informações – orientação, abordagem das preocupações do cliente, fornecimento de diretrizes dietéticas, corrigir informações erradas, incentivo do indivíduo ao tratamento, substituir os comportamentos não saudáveis por saudáveis, superar barreiras, oferecer apoio, oferecer suporte para um sentimento de autoeficácia, no qual o indivíduo acreditará em sua capacidade de realizar uma mudança e fornecimento de apoio social (SNETSELAAR, 2010).

5. Teorias propostas para adesão ao tratamento nutricional:

5.1. Teoria da Autodeterminação:

A Teoria de Autodeterminação defende que o indivíduo é governado por três necessidades psicológicas primárias e universais: a autonomia, a competência e a relação social. Estas necessidades dependem de diferentes graus e tipos de motivação no indivíduo, assim, a necessidade de autonomia prende-se com o desejo que o indivíduo tem de ser ele próprio, determinando seu comportamento em dado momento, a competência diz respeito à necessidade de poder controlar o resultado final da sua ação e a última necessidade psicológica, faz referência à importância do contato social, ou seja, a necessidade de estabelecer uma relação e de se sentir próximo, criando um vínculo de afeto com o outro (SOBRAL., 2003; MESTRE e RIBEIRO., 2010).

De acordo com RYAN e DECI (2000):

“A teoria da Autodeterminação é uma abordagem na motivação e personalidade humana que utiliza métodos empíricos motivacionais, enquanto emprega uma metateoria orgânica que evidencia a importância do desenvolvimento dos recursos inerentes à personalidade e autoregulação comportamental” (RYAN e DECI., 2000).

Um ponto importante dentro da teoria da Autodeterminação a ser descrito é a motivação, ela pode ser intrínseca ou extrínseca.

A motivação intrínseca, é a qual o indivíduo faz algo pelo interesse e prazer inseparáveis à ação; e motivação extrínseca, é a qual o indivíduo faz algo por causa de conseqüências ou desfechos distinto da ação, essa motivação assume diferentes formas, que se apontam pelo grau de internalização e integração de valores e regulação de condutas, refletindo diferentes graus de autonomia (SOBRAL., 2003; ASSIS e NAHAS., 1999; RYAN e DECI., 2000).

No que diz respeito à conduta do tratamento nutricional de pacientes obesos, nos aspectos psicológicos, a teoria de autodeterminação, delinea a razão pela qual o indivíduo apesar de ter capacidade para conduzir o tratamento, o indivíduo opta por não fazê-lo (EDMUNDS, NTOUMANIS e DUDA, 2007).

No tocante à pacientes obesos, estes conceitos são úteis ao nutricionista na medida em que ele possa em parceria com o paciente buscar estratégias motivacionais que possibilitem à tomada de decisão relacionada com os primeiros passos, fundamentais ao tratamento

nutricional. Os conceitos de motivação intrínseca e extrínseca devem ser compreendidos pelo paciente de forma relacional à sua realidade, como forma de compreensão e adoção de das diretrizes alcançáveis em tempo determinado pelo mesmo (SOARES, 2009).

5.2. Modelo Transteórico:

Já o Modelo Transteórico, emprega que o indivíduo é governado pelo seu comportamento, determinando assim suas atitudes realizadas diariamente. Essa teoria emprega que as mudanças ocorridas no comportamento são descritas por cinco estágios: pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção, em cada estágio ocorrem mudança no comportamento do indivíduo, em especial, no tratamento do indivíduo obeso (TORAL e SLATER., 2007; YOSHIDA., 2002).

Na Figura 01 observa-se as descrições dos estágios do MT, revelando como o indivíduo porta-se no programa de mudança e/ou no tratamento nutricional.



Modelo espiral dos estágios de mudança. Ao mudar, uma pessoa movimenta-se para cima na espiral até a manutenção. Se ocorrer recidiva, ela deve recentralizar a espiral novamente em algum ponto.

Fonte: SNETSELAAR, (2010)

No estágio de *pré-contemplação* ainda não foi considerada a mudança comportamental pelo indivíduo, ou não se realizou alterações no comportamento e não há intenção alguma de adotá-las em um amanhã próximo (ORSI e OLIVEIRA, 2006; BITTENCOURT, 2009; SOUZA *et al.*, 2009; SPINATO *et al.*, 2010). Tendo como exemplo as possíveis tentativas frustradas de mudança de comportamento ou informações incorretas na conduta a ser adotada pelo indivíduo obeso, neste caso

o indivíduo obeso reconhece a solução, porém não reconhece o problema, geralmente o indivíduo apresenta maior resistência e pouca ou nenhuma motivação, levando a possíveis recaídas no tratamento nutricional (ASSIS e NAHAS, 1999; TORAL e SLATE, 2007; SNETSELAAR, 2010; TORAL, 2010).

No estágio de *contemplação* o indivíduo começa a reconhecer e considerar a mudança comportamental, o indivíduo reconhece que o problema existe e precisa ser superado, mas ainda não apresenta um comprometimento decisivo, o indivíduo percebe os benefícios, porém várias barreiras são superestimadas, impedindo a ação esperada (ORSI e OLIVEIRA, 2006; BITTENCOURT, 2009; SOUZA *et al.*, 2009; SPINATO *et al.*, 2010). Por exemplo, o indivíduo obeso reconhece que seu padrão alimentar não é muito saudável, acreditando que a falta de tempo, o custo e/ou sabor de determinados alimentos, não o possibilita a realizar uma dieta adequada (ASSIS e NAHAS, 1999; TORAL e SLATE, 2007; SNETSELAAR, 2010; TORAL, 2010).

O indivíduo em estágio de *decisão* almeja alterar seu comportamento em um amanhã próximo, após ter superado frustradas tentativas no tratamento nutricional, em que se realizam pequenas mudanças, com isso um plano de ação é adotado e um compromisso assumido consigo mesmo (ORSI e OLIVEIRA, 2006; BITTENCOURT, 2009; SOUZA *et al.*, 2009; SPINATO *et al.*, 2010). No indivíduo obeso, uma mudança característica apresentada é a de: começar a dieta no início da outra semana, uma tentativa de não se punir mais tarde, não por comer o quê teoricamente não poderia comer, mas pelo ato de realizar a dieta mais tarde, fugindo da realidade vivenciada (ASSIS e NAHAS, 1999; TORAL e SLATE, 2007; SNETSELAAR, 2010; TORAL, 2010).

O indivíduo em estágio de *ação* altera de fato seu comportamento, suas barreiras, seus medos e suas experiências, ocasionando uma mudança visível, principalmente nos últimos meses de tratamento nutricional, esse estágio é de dedicação e disposição do indivíduo, para evitar possíveis recaídas (ORSI e OLIVEIRA, 2006; BITTENCOURT, 2009; SOUZA *et al.*, 2009; SPINATO *et al.*, 2010). Tendo como exemplo o indivíduo obeso, que retira alguns

determinados alimentos de seu consumo e passa a reconhecer os benefícios de sua modificação em sua vida (ASSIS e NAHAS, 1999; TORAL e SLATE, 2007; SNETSELAAR, 2010; TORAL, 2010).

Já no estágio de *manutenção* o indivíduo, mudou restritamente seu comportamento e o manteve por mais de seis meses, deve-se agora prevenir recaídas e estabilizar os ganhos obtidos durante o tratamento nutricional, lembrando que este estágio não é estático e têm que sempre haver uma continuação de mudança comportamental no indivíduo (ORSI e OLIVEIRA, 2006; BITTENCOURT, 2009; SOUZA *et al.*, 2009; SPINATO *et al.*, 2010). Agora o paciente obeso tem em relação a sua alimentação um processo de reeducação alimentar, em que decidiu adotar uma dieta e melhores métodos saudáveis de vida (ASSIS e NAHAS, 1999; TORAL e SLATE, 2007; SNETSELAAR, 2010; TORAL, 2010).

Neste estágio é importante mostrar ao indivíduo a diferença entre lapso e recaída, o lapso é como se o indivíduo estabelecesse uma regra, como, por exemplo, não comer determinados alimentos, e o lapso vem com a quebra desta regra que é comer os alimentos retirados da sua dieta e determinados por ele a não comer, seguida do retorno ao tratamento normalmente. Já a recaída considera a falta de aderir e/ou conseguir buscar na dieta prescrita, sendo considerada uma falha pra o indivíduo, um fracasso de não ter conseguido alcançar suas recomendações e os objetivos propostos na dieta.

Ao estabelecer esta diferencia o indivíduo se sentirá, mas confiante nas tomadas de decisões, até mesmo em cometer lapsos conscientes e justificáveis (ASSIS e NAHAS, 1999).

Deve-se sempre considerar a dificuldade que cada indivíduo tem em seguir seu tratamento, contudo não se pode deixar de orientá-los e principalmente apoiá-los, pois é normal ter recaídas nesse tipo de tratamento, e considerar a força que cada indivíduo aplica em sua conduta nutricional e tentar manter uma promoção de uma intervenção nutricional de sucesso para que esse indivíduo não possa futuramente ter recaídas (ASSIS e NAHAS, 1999; TORAL e SLATE, 2007; SNETSELAAR, 2010; TORAL, 2010).

5.3. Terapia Cognitivo Comportamental:

A Terapia Cognitivo Comportamental, fundamenta que pensamentos mal adaptados são transformados, e as capacidades de resolução de problemas e enfrentamento são reforçadas, atuando em uma intervenção semiestruturada, que tem como bases a orientação e o objetivo para metas que abordem os fatores cognitivos, emocionais e comportamentais no tratamento do indivíduo obeso (DUCHESNE *et al.*, 2002; SNETSELAAR, 2010).

A TCC considera que o pensamento afeta o comportamento, que crenças relevantes podem ser identificadas e alteradas e que a mudança comportamental desejada pode ser atingida por meio de mudanças no pensamento (SNETSELAAR, 2010).

Em base da TCC, o indivíduo atribui sentido a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais episódios de sua vida, dirigem-se de determinada maneira que constroem diferentes hipóteses sobre sua vida, porém cada pessoa reage de forma específica, pois cada indivíduo tem uma conduta diferente, chegando a variadas conclusões de seu tratamento (BAHLS e NAVOLAR, 2004).

O indivíduo obeso recorre à comida como forma de compensação do afeto, porque ele sente que nunca o recebe de forma adequada. Outro aspecto seria a utilização da obesidade como defesa contra a depressão, ou como busca mágica de força e potência, ou como forma de distanciar-se dos outros, entretanto, destacamos mecanismos, que embora encontrados em alguns indivíduos obesos, não podem ser generalizados, geralmente, as pessoas obesas comem excessivamente quando se sentem mal emocionalmente, de um modo geral, os obesos têm uma auto-estima baixa, tem problemas com auto-imagem e sentem seus corpos feios e acham que as outras pessoas os encaram com desprezo e rejeição, sendo assim a terapia cognitiva comportamental atua na mudança desses hábitos, atribuindo sentido a vida desse indivíduo, levando-o a melhor visão da vida e a uma conduta mais perfeita de seu tratamento (FILHO *et al.*, 2009; SNETSELAAR, 2010).

Assim sendo, o aconselhamento nutricional envolve um estudo maior dos sentimentos, experiências, pensamentos, crenças e atitudes do indivíduo e a criação de uma forte ligação

que possibilita a orientação na desafiante jornada que é a mudança comportamental, em que o indivíduo vai perceber que a mudança vem gradualmente e levará tempo, porém se não der certo, haverá outras formas de intervenções nutricionais a serem tentadas até que uma se encaixe no mesmo (CLAUDINO e ZANELLA, 2005 - B; SNETSELAAR, 2010).

6. Conclusão

Conclui-se que ao correlacionar as três teorias abordadas com o tratamento nutricional da obesidade, é de suma importância ter como base no aconselhamento nutricional o enfoque de uma das três teorias propostas, pois nessas teorias pode-se notar que o nutricionista consegue enxergar e ajudar o indivíduo a superar suas dificuldades e angústias, levando o mesmo a ter uma melhor adesão ao tratamento nutricional, e evitando que o indivíduo abandone o tratamento e/ou não o leve a sério.

Compreende-se que estas três teorias auxiliam no tratamento do indivíduo, pois cada uma delas se correlaciona ao tratamento nutricional da obesidade, crendo-se então que aplicando um delas no tratamento, ou mesmo uma fusão de seus conceitos complementando-se mutuamente, o nutricionista consegue chegar os pensamentos e angústias mais profundos do indivíduo, levando assim a criação de um vínculo de confiança que propicia ambiente adequado para a adesão ao tratamento nutricional.

Além de subsidiar o conselheiro nutricional, com estratégias que deverão ser adotadas pelo paciente nos outros ambientes em que ele precisa realizar modificações a fim de construir base sólida para a mudança de seu comportamento alimentar, tais como: a casa, o trabalho, ambientes sociais etc.

Com a Teoria da Autodeterminação, o conselheiro nutricional desenvolve a autonomia, fazendo com o paciente assuma a responsabilidade pelo seu tratamento; proporciona competência, capacitando o paciente e/ou seus familiares a resolver problemas relacionados ao “saber como fazer”, que é uma variável primordial no sucesso de grande parte dos tratamentos e, finalmente, oferece suporte na relação social do indivíduo, trabalhando meios

de que a adesão ao tratamento não afete outros setores da vida social do paciente.

Já Modelo Transteórico, se aplicado no tratamento nutricional do indivíduo obeso, requer do conselheiro a habilidade de realizar, ainda que subjetivamente, um diagnóstico comportamental do paciente. No sentido de identificar em qual estágio de mudança o paciente se encontra nos primeiros atendimentos. Mantendo a percepção constante que os estágios do modelo são sutis e com delimitação de progressos e possíveis regressões, ou seja, o indivíduo não poderá voltar a alguns dos estágios já percorridos.

Na Terapia Cognitivo Comportamental, por sua vez, o nutricionista terá que saber trabalhar com os pensamentos e capacidade de resolução de problemas do indivíduo, para que ocorra um bom desempenho no tratamento nutricional, pois se a cada consulta o indivíduo não se sentir confiante nos resultados do tratamento, o mesmo vai arrumar um meio de se compensar, podendo voltar a sua alimentação habitual, e talvez perdendo todo tratamento já realizado.

Finalmente, verificou-se a necessidade de mais estudos nesta área, que se correlacione o objetivo da presente pesquisa, com intervenções de Educação Nutricional nas diversas patologias que encontram na dietoterapia, seu mais importante meio de tratamento; bem como, pesquisas que analisem a eficácia dos currículos dos cursos de Nutrição na capacitação de profissionais que sejam de fato conselheiros nutricionais no manejo do aconselhamento.

7. Referências

1. ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. **J. Pediatr.** Porto Alegre, Vol.78 N°4, 2002.
2. ADES, L.; KERBAUY, R. R. Obesidade: realidades e indagações. **Psicol. USP.** São Paulo, Vol. 13 N° 1, 2002.
3. ASSIS, M. A. A.; NAHAS, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Rev Nutr Campinas.** Vol.12 N°1, jan/abr, 1999.
4. BAHLS S. C.; NAVOLAR A. B. B. Terapia cognitivo comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. **Rev. Eletrônica de Psicologia.** Curitiba, N°4, jul/2004.
5. BITTENCOURT S. A. **Motivação para a mudança: adaptação e validação da escala urica (university of rhode island chande assessment) para o comportamento de comer compulsivo.** 2009 Dissertação (*Doutorado em Psicologia*) PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Política de alimentação e nutrição do setor da saúde. **Rev. Saúde Pública.** Vol. 34 N°1, 2000.
7. BRUG J.; The transtheoretical model and stages of change: a critique. **Health Educ Res.** Vol. 20 N°2, 2005.
8. CARDOSO, L. K. O.; **Avaliação psicológica de crianças obesas em um programa de atenção multiprofissional a obesidade da universidade de São Paulo – 2001 e 2002.** 2006 Dissertação (*Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica*) USP – Universidade de São Paulo, 2006.
9. CLAUDINO A. M. e ZANEL M. T. **Guias de Nutrição da UNIFESP – Faculdade de Medicina de São Paulo: Transtornos alimentares e obesidade.** Editora: Manole. São Paulo – 2005 - A.
10. CLAUDINO A. M. e ZANEL M. T. **Guias de Nutrição da UNIFESP – Faculdade de Medicina de São Paulo: Transtornos alimentares e obesidade.** Editora: Manole. São Paulo – 2005 - B.

11. CUPPARI, L. **Guias de Nutrição da UNIFESP – Faculdade de Medicina de São Paulo: Nutrição clínica do adulto**. Editora: Manole. 2º Edição. São Paulo - 2005.
12. CUPPARI L. **Nutrição: nas doenças crônicas não-transmissíveis**. Editora: Manole. São Paulo - 2009.
13. DUCHESNE M. E ALMEIDA P. E. M. Terapia cognitivo comportamental dos transtornos alimentares. **Rev. Bras. Psiquiatria** Vol. 24 Nº 3, 2002.
14. EDMUNDS J., NTOUMANIS N. e DUDA J.L. Adherence and well-being in overweight and obese patients referred to an exercise on prescription scheme: a self-determination theory perspective. **Psychology of Sport and Exercise**. Nº8, 2007.
15. FILHO T. E. T.; MAGALHÃES P. M. S.; TAVARES B. M. A terapia cognitivo comportamental e seus efeitos no tratamento dos transtornos no comportamento alimentar. **Rev. de Psicologia da IMED**. Vol. 1 Nº2, 2009.
16. FLORENTINO A. Homem: visão psicológica. In: FLORENTINO A.; et al. Fundamentos da educação. **Fundação CECIERJ**. Rio de Janeiro, Vol. 1, 2007.
17. FRANCISCHI R. P. P.; et al.. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Ver. Nutr.** Campinas, Vol. 13 Nº 1, 2000.
18. HASLER, G.; et al.. Application of prochaska's transtheoretical model of change to patients with eating disorders. **J Psyc Res**. 2004 Disponível em: <[http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WPG-4PYP6X21e_user=687336e_rdoc=1e_fmt=e_orig=searche_sort=deviiew=ce_acct=C000037858e_version=1e_urlVersion=0e_userid=687336](http://www.scopus.com/scopus/results/results.url?sort=plffesrc=sest1=Transtheoretical+model+eating+behaviorest2=esid=S6enOGTs_Qw28EyLEwyszJg%3a30esot=besdt=besl=53es=TITLEABSKEY%28Transtheoretical+model+eating+behavior%2,9eorigin=searchbasicetxGid=S6enOGTs_Qw28EyLEwyszJg%3a3a3>>, Acesso em 16 de out. de 2010.19. HERNÁNDEZ J.C y ARNÁIZ M.G.; ALIMENTACIÓN y CULTURA. In: SOARES A.P. C. M.; O modo de aprendizagem do paciente obeso e adesão ao tratamento. 2009 Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Saúde) UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.20. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.; PESQUISA DE ORÇAMENTO FAMILIARES (POF) 2002-2003.; Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e estado nutricional no brasil. Rio de Janeiro, 2005.21. JOHNSON, S.; et al.; Transtheoretical model-based multiple behavior intervention for weight management: effectiveness on a population basis. Prev Med. 2008 Disponível em: <a href=), Acesso em 20 de out. de 2010.
22. KAC, G.; MELÉNDEZ G. V.; A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na américa latina. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, Vol. 19, 2003.
23. MARIATH A. B.; et al.; Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de uma unidade de alimentação e nutrição. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, Vol. 23 Nº4, 2007.
24. MARQUES, A. P. O.; et al. Consumo alimentar em mulheres idosas com sobrepeso. **Textos Envelhecimento**. Rio de Janeiro, Vol. 8, Nº2, 2005.
25. MESTRE, S.; RIBEIRO, J.P.; Estudo do indivíduo obeso: relação entre adesão e satisfação com os cuidados médicos. **VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho**. Portugal, 2010.

26. MONTEIRO, P.; VICTORA C. E BARROS F.. Fatores de risco sociais, familiares e comportamentais para obesidade em adolescentes. **Rev. Panam. Salud. Publica.** Vol. 16 N°4, 2004.
27. MORGAN C. M., VECCHIATTI I. R. e NEGRÃO A. B.; Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Ver. Bras. Psiquiatr.** São Paulo. Vol. 24 N° 3, 2002.
28. MYERS, A.; ROSEN J. C. Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. **International Journal of Obesity.** Vol. 23, 1999.
29. OBESIDADE e SOBREPESO.; Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. **For more information contact: WHO Media centre.** N°311, 2006.
30. ORSI M. M. E OLIVEIRA M. S.; Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. **Estudos de Psicologia.** Vol. 23 N°1, 2006.
31. PEIXOTO, M. A. P. e SILVA R. N. M. B. Aprendizagem: estratégias e estilos. **ABT.** Rio de Janeiro, 2002.
32. PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS S.F.T.; CORSO A.C.T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Ver. Nutr.** Campinas, Vol. 17, N° 4, 2004.
33. PUHL, R. M.; BROWNELL, K.D. Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. **Obesity Reviews.** N° 4, 2003.
34. RIBEIRO, A. B.; CARDOSO M. A. Construção de um questionário de frequência alimentar como subsídios para programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. **Ver. Nutr.** Campinas. Vol. 15 N° 2, 2002.
35. RIEBE,D.;GREENE,G.W.;RUGGIERO, L.; STILLWELL KM, BLISSMER B, NIGG CR, CALDWELL M.. Evaluation of a healthy-lifestyle approach to weight management. **Prev Med.** N° 36, 2003.
36. RIEBE D, BLISSMER B, GREENE GW, CALDWELL M, RUGGIERO L, STILLWELL KM, ET AL.; Long-term maintenance of exercise and healthy eating behaviors in overweight adults. **Prev Med.** 2005 Disponível em: http://www.scopus.com/scopus/results/results.url?sort=plffesrc=sest1=Transtheoretical+model+eating+behavior&est2=esid=S6enOGTs_Qw28EyLEwyszJg%3a30esot=besdt=besl=53es=TITLE-ABSKEY%28Transtheoretical+model+eating+behavior%29&origin=search+basic&txGid=S6enOGTs_Qw28EyLEwyszJg%3a3, Acesso em 28 de out. de 2010.
37. RODRIGUES, E.M.; SOARES, F.P.T.P.; BOOG, M.C.F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Rev. Nutr.** Campinas. Vol. 18 N° 1, 2005.
38. RODRIGUES, E.M.; BOOG, M.C.F. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro, Vol. 22 N°5, 2006.
39. RYAN, R. M.; DECI E. L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. **American Psychologist Association.** Vol. 55 N°1, 2000.
40. SÁ, M. S. M. M. A psicologia da educação explica as diferenças de rendimento escolar.; In: CARINO J.; et al. Fundamentos da educação. **Fundação CECIERJ.** Rio de Janeiro, Vol. 2, 2007.
41. SICHIERI R.; SOUZA R. A. G. EPIDEMIOLOGIA DA OBESIDADE. In: KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D.P. **Epidemiologia nutricional.** Editora: Atheneu e Fiocruz, Rio de Janeiro - 2007.

42. SOARES, L.D.; PETROSKI, E.L. **Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil.** Vol. 5 N° 1, 2003.
43. SOARES, A.P.C.M.. **O modo de aprendizagem do paciente obeso e adesão ao tratamento.** 2009 Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Saúde) UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.
44. SOBRAL, D.T.; **Motivação do aprendiz de medicina: uso da escala de motivação acadêmica. Psicologia: Teoria e Pesquisa.** Brasília. Vol. 19 N°1,2003.
45. SNETSELAAR, L. G. Aconselhamento para mudança. in: Mahan I. k. e Escott – Stump s. **Krause - alimentos, nutrição e dietoterapia.** Editora Elsevier, 12° Edição, Rio de janeiro – 2010.
46. SOUZA C. C.; et al.; Jogo patológico e motivação para mudança de comportamento. **Psic. Clin.** Rio de Janeiro. Vol. 21 N° 2, 2009.
47. SPINATO I.L.; MONTEIRO L.Z.; SANTOS Z.M.S.A. Adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico – uma proposta educativa em saúde. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis. Vol. 19 N° 2, 2010.
48. TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência e Saúde Coletiva.** Vol. 12 N°6, 2007.
49. TORAL N. **Alimentação saudável na ótica dos adolescentes e o impacto de uma intervenção nutricional com materiais educativos baseados no modelo transteórico entre escolares de Brasília – DF, 2010.** Dissertação (Doutorado em Saúde Pública) USP – Universidade de São Paulo – 2010.
50. YOSHIDA, E.M.P.; Escala de estágio em mudança: uso clínico e em pesquisa. **Psico-USF.** Vol.7 N°.1, 2002.

Endereço para Correspondência:

Ana Paula Caetano de Menezes Soares
apcmsoares@gmail.com
Av. Paulo Erlei Alves Abrantes, n. 1325; Três Poços
Volta Redonda – RJ
CEP: 27240-560