

**PERFIL NUTRICIONAL E ADESÃO AO TRATAMENTO EM
PACIENTES DE UM CENTRO DE ATENDIMENTO
NUTRICIONAL UNIVERSITÁRIO**

**NUTRITIONAL PROFILE AND ADHESION TO THE
TREATMENT IN PATIENTS FROM AN ACADEMICAL
NUTRITIONAL SERVICE CENTER**

**PERFIL NUTRICIONAL Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES DE UN CENTRO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL
UNIVERSITARIO**

Vivien Cayres Giarola Suannes Pucci¹
Marselle Bevilacqua Amadio²

Resumo: O objetivo deste trabalho foi avaliar consumo alimentar e adesão ao tratamento nutricional dos pacientes atendidos no centro de atendimento nutricional de uma universidade. Foram analisados 40 pacientes e, 30 dias depois, 22 pacientes retornaram, ou seja, uma adesão de 55%. Dos pacientes que retornaram, 50% relataram que a maior dificuldade foi seguir o plano alimentar nos finais de semana e ocasiões especiais. A adesão ao tratamento nutricional envolve diversas circunstâncias e não somente a prescrição dietética. A mudança de comportamento de um indivíduo não acontece somente pela educação e persuasão, nem depende somente de força de vontade.

Palavras-chave: Adesão. Atendimento nutricional. Consumo alimentar.

Abstract: The target of this study was to evaluate the dietary consumption and adherence to the nutritional treatment of patients attending the nutritional care center of an university. 40 patients were analyzed and, 30 days later, 22 patients returned, that is, a 55% adhesion. Out of the patients who returned, 50% reported that the highest difficulty was to follow the meal plan on weekends and special occasions. Adherence to a nutritional treatment involves several conditions and not just dietary prescription. The change of behavior of an individual does not only happen through education and persuasion, nor depends only on willpower.

Keywords: Adherence. Nutritional assistance. Food consumption.

Resumen: El objetivo de la pesquisa fue evaluar el consumo alimentario y la adhesión al tratamiento nutricional de los pacientes atendidos en el centro nutricional de una universidad. Se analizaron 40 pacientes y, 30 días después, 22 pacientes regresaron, una adhesión de 55%. De los pacientes que regresaron, 50% relataron como la mayor dificultad seguir el plan alimentario en los fines de semana y ocasiones especiales. La adhesión al tratamiento nutricional involucra diversas circunstancias y no sólo la prescripción dietética. El cambio de comportamiento de un individuo no ocurre solamente por educación y persuasión, ni depende sólo de fuerza de voluntad.

Palabras-clave: Adhesión. Atención alimenticia. Consumo de alimentos.

Envio 03/05/2018

Revisão 08/05/2018

Aceite 21/08/2018

¹ Graduanda em Nutrição. Centro Universitário Senac Santo Amaro. E-mail: vijarola@hotmail.com

² Doutora em Saúde Coletiva pela Unifesp. Professora do centro Universitário Senac Santo Amaro. E-mail: marselle.bamadio@sp.senac.br

INTRODUÇÃO

A alimentação desempenha uma influência efetiva no crescimento, na condição física, na competência dos indivíduos e, por consequência, na sociedade em que vivem (Galisa, Esperança e Sá, 2008). Para que uma alimentação seja considerada adequada, ela deve ser em qualidade e quantidade suficiente e atender às necessidades nutricionais e individuais de cada pessoa (Philippi, 2008).

O Brasil passou por uma transição nutricional ao longo das últimas décadas com o crescimento da obesidade em decorrência de uma alimentação rica em gorduras, açúcar, alimentos processados e insuficiente em carboidratos complexos e fibras. Houve um aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como: hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares e câncer. As razões para os desvios alimentares nos adultos são normalmente de natureza econômica, destacando a complexidade de preparar a alimentação, falta de atividade física, excesso de trabalho, maus hábitos alimentares, entre outras (Galisa, Esperança e Sá, 2008).

110

A procura por atendimento nutricional em consultórios, clínicas e na rede pública de saúde vem aumentando proporcionalmente ao aumento das DCNT. Existe uma constatação de que, um estilo de vida equilibrado, influencia os determinantes dessas doenças (Fisberg, Marchioni e Colucci, 2009). O tratamento nutricional tem como princípios a prevenção de doenças, a promoção da saúde e, a transformação desejada de um comportamento, deve ser intrínseca às carências e às condições de cada indivíduo (Callejon e Paternez, 2008).

A mudança de comportamento alimentar não acontece apenas pela educação, persuasão e não depende exclusivamente de força de vontade. O nutricionista tem um papel muito amplo neste processo pois não é só aquele que vai educar sobre uma alimentação saudável ou prescrever uma dieta, ele deve conhecer e dominar as ferramentas comportamentais baseadas em estratégias de mudança. O desafio é conseguir melhorar, mudar o comportamento do indivíduo respeitando a fome física e a saciedade, a vontade de comer, o ambiente, a companhia, a situação social e alcançar o prazer por meio da alimentação e não apenas nutrientes (Alvarenga, 2015).

Para verificar se a mudança de comportamento alimentar do indivíduo de fato aconteceu, é necessário investigar por que os pacientes retornam ou não ao atendimento após

as orientações iniciais. Portanto, justifica-se a realização de um estudo, para averiguar as dificuldades de adesão ao tratamento nutricional por pacientes atendidos no centro de atendimento nutricional de uma universidade e propor melhorias para uma mudança de estilo de vida e promoção da saúde.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado em um centro de atendimento nutricional universitário localizado na zona sul da cidade de São Paulo.

A amostra da pesquisa foi composta por 40 pacientes. Essa amostra foi determinada pela média do atendimento, isto é, a média atual de atendimento no local são de 4 a 5 pessoas/semana, ou seja, 20 ao mês e foram considerados os atendimentos de pacientes nos meses de fevereiro e março de 2017, com idades entre 18 a 65 anos de idade.

Somente participaram do estudo os pacientes que assinarem ao Termo de Consentimento livre e Esclarecido já aprovado pelo Comitê Interno de Ética em Pesquisa da própria universidade sob o parecer nº 104.03.12.

111

Na primeira parte da pesquisa foram coletados dados referentes aos pacientes quanto a gênero, idade, escolaridade, estado civil, ocupação, motivo para a busca do nutricionista, presença de doenças e prática de atividade física.

Em um segundo momento, a pesquisa foi realizada pela coleta de dados referente a primeira consulta realizada pelos estagiários do Curso de Bacharelado em Nutrição sobre os pacientes nos meses de fevereiro e março de 2017. Neste período do atendimento nutricional, foram coletados os dados referentes ao recordatório de 24 horas e a conduta nutricional adotada pelo profissional através da análise do cardápio ofertado e avaliado segundo a distribuição de carboidratos, lipídeos e proteínas. Foi considerado adequado o cardápio com a distribuição segundo padrão da Organização Mundial da Saúde (2003), onde o carboidrato deve estar em 55 a 75%, os lipídeos de 15 a 30% e as proteínas de 10 a 15%. Realizou-se uma análise comparativa entre o consumido habitualmente e o ofertado na prescrição dietética após a primeira consulta.

Passados quinze dias do atendimento de retorno para a busca do cardápio, foi feito um contato por e-mail com os pacientes para incentivá-los a seguir o plano alimentar e conscientizá-los sobre a importância de voltar na segunda consulta.

O retorno dos pacientes foi agendado 30 dias após a consulta para busca de cardápio, portanto, nos meses de março e abril. Nesse retorno, aplicou-se um questionário a fim de verificar a adesão ao tratamento nutricional proposto. Nove questões abertas e fechadas contemplavam, por exemplo, a adequação quanto ao tamanho da porção, a adaptação à rotina, a escolha dos alimentos, os horários planejados, a adesão aos finais de semana e as principais dificuldades em seguir o cardápio proposto.

Elaborou-se um banco de dados com as variáveis coletadas e foram realizadas análises estatísticas com média, mediana e desvio padrão para as variáveis numéricas e análise qui quadrado para as variáveis categóricas. Para a comparação entre dados de recordatórios alimentares de 24 horas utilizou-se a análise ANOVA, onde foi considerado estatisticamente significante quando o $p < 0,005$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo verificou a adesão ao tratamento nutricional de 40 pacientes, onde 65% são mulheres ($n = 26$), 82,5% ($n = 33$) tem mais de 21 anos, 52,5% são solteiros ($n = 21$) e 57,5% ($n = 23$) tem como escolaridade, nível superior completo.

112

Retornaram após 30 dias, 22 pacientes, ou seja, uma adesão de 55%. A tabela 1 mostra a distribuição, em valor absoluto e percentual, entre dados sociodemográficos e o retorno à consulta nutricional.

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) nos anos de 1998, 2003 e 2008 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) mostram que as mulheres têm uma preocupação maior com a saúde, realizando mais consultas médicas e odontológicas do que os homens, o que pode explicar um número maior de mulheres (72,7%) que procuraram o centro de atendimento nutricional e seguiram no tratamento. Antonaccio *et al* (2015) ainda complementam que a mulher invariavelmente ainda é a principal compradora da família em relação a gêneros alimentícios e tem papel central na busca pela alimentação saudável.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico, em número e percentual, dos 40 pacientes avaliados, segundo retorno ou não para a consulta após 30 dias. São Paulo, 2017.

		Retorno a consulta		Não retorno à consulta		Total	
		N	%	N	%	N	%
Gênero	masculino	6	27,3	8	44,5	14	35,0
	feminino	16	72,7	10	55,5	26	65,0
Idade	até 20 anos	1	4,5	6	33,3	7	17,5
	de 21 a 30 anos	2	9,1	2	11,1	4	10
	de 31 a 40 anos	8	36,4	5	27,8	13	32,5
	de 41 a 50 anos	2	9,1	3	16,8	5	12,5
	de 51 a 60 anos	7	31,8	1	5,5	8	20,0
	acima de 60 anos	2	9,1	1	5,5	3	7,5
Estado civil	solteiro	9	40,9	12	66,7	21	52,5
	casado	13	59,1	6	33,3	19	47,5
Escolaridade	1º grau completo	1	4,5	1	5,5	2	5,0
	2º grau completo	3	13,7	3	16,8	6	15,0
	superior incompleto	2	9,1	7	38,9	9	22,5
	superior completo	14	63,7	4	22,2	18	45,0
	pós-graduado	1	4,5	2	11,1	3	7,5
	mestrado	1	4,5	1	5,5	2	5,0

113

Verificou-se que 82,5% dos avaliados tem idade entre 21 a 60 anos. A idade adulta é a faixa etária em que se conclui o crescimento físico. Geralmente, o grande cuidado que é necessário ter com a alimentação do adulto é em relação a manutenção do peso ideal, evitando doenças crônicas não transmissíveis e possibilitando uma melhor qualidade de vida (Galisa, Esperança e Sá, 2008). Os anos de idade adulta são cronologicamente um longo período e, acumulam, os resultados de comportamentos e de fatores de risco ambientais. A fase adulta é o tempo para promoção da saúde, manutenção e prevenção de doenças. É a fase das escolhas, dos questionamentos (Dodd, 2012).

Dos pacientes que não retornaram, o maior percentual (33,3%) é de jovens até 20 anos. O final da adolescência, período entre os 18 e 21 anos de idade, é reconhecido como evolutivo na questão de independência social, emocional, física e financeira na medida que esses jovens

passam a frequentar uma universidade ou iniciam no mercado de trabalho. Grande parte dos adolescentes têm consciência sobre uma dieta saudável e da relevância de uma nutrição equilibrada entretanto, desafios como: acessibilidade de alimentos prontos, irregularidade de refeições, comer fora de casa, exagero de lanches, exemplos de amigos e familiares ou até a adoção de comportamentos que mostram a sua busca de autonomia e início da fase adulta como ingerir álcool, fumar e ter atividade sexual podem comprometer o comportamento alimentar desses jovens (Stang; Larson, 2012).

Em relação ao estado civil, 59,1% dos casados retornaram e 66,7% dos solteiros não voltaram na 2^a consulta. Um estudo sobre adesão nutricional com 116 pacientes obesos, apontou que os participantes que permaneceram até o final do programa eram 75,9% do sexo feminino e, 69% casados (Bueno *et al*, 2011). Entre os pacientes casados, 73,7% estão com excesso de peso. O casamento pode ter relação com o excesso de peso como demonstrou um estudo feito com 6.846 mulheres, onde 74,3% estão com sobrepeso ou obesidade (Correa *et al*, 2011).

Observou-se que 72,6% dos pacientes que retornaram à consulta tinham nível superior completo. A pesquisa do Vigitel de 2016 afirma que 59,2% das pessoas que estudaram de 0 a 8 anos estão acima do peso, já as que estudaram pelo menos 12 anos, o percentual é de 48,8%. Em relação à obesidade, diabetes e hipertensão o percentual maior é sempre de pessoas com menor escolaridade. Antonaccio *et al* (2015) acrescentam que no meio dos fatores sociais, quanto maior a escolaridade, maior poderá ser o acesso à informação e as escolhas alimentares saudáveis. Mesmo assim, por mais fundamental que seja o conhecimento nutricional, estudos recentes apontam que ele não é suficiente para alterar o comportamento alimentar. Porém, verificou-se que 38,8% dos indivíduos que não retornaram à segunda consulta, tinham nível superior completo, ou seja, o maior conhecimento nesse caso não foi fundamental para entender a importância da continuidade do atendimento.

Na primeira consulta, todos os indivíduos são questionados sobre o motivo da procura em um atendimento nutricional. A queixa principal de 45% dos pacientes foi em relação a necessidade de perda de peso. É cada vez maior a preocupação das pessoas com relação ao excesso de peso, já que dados da Pesquisa de Orçamento Familiar, entre os anos de 2008 e 2009, a prevalência de excesso de peso de brasileiros adultos era de 47,7% (IBGE, 2010). Atualmente, segundo o Vigitel, o excesso de peso cresceu 26,3% em dez anos no Brasil.

Aumentou de 42,6% em 2006 para 53,8% em 2016. Já a obesidade cresceu 60% em dez anos e passou de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016.

A busca por melhorar a alimentação foi relatada por 25%. Atualmente, as pessoas estão mais cientes a respeito nutrição, saúde, qualidade dos alimentos e, ser saudável, tem sido uma busca cada vez maior. A procura por um nutricionista para auxiliar na mudança de hábitos alimentares, vem aumentando ao longo dos anos (Alvarenga e Koritar, 2015). Brasiliano, Bucaretschi e Kachani (2010) ainda acrescentam que hoje vive-se a era do corpo e este, não obstante, se tornou um lugar sagrado. Há uma maior conscientização sobre a saúde e seus determinantes, isso explica a segunda maior queixa dos pacientes.

Outro motivo relatado trata-se da relação entre a busca de um profissional visando o aumento de massa muscular, principalmente quando se trata de esportistas. Isso foi observado entre 23% dos pacientes avaliados. Essa relação se torna ainda mais clara quando se associa ao gênero. Verificou-se que 64,3% dos pacientes homens, com até 40 anos e solteiros, tem como queixa principal esse revés. Atualmente, a atividade do "culto ao corpo" é uma preocupação geral, atravessando todos os setores, classes sociais e faixas etárias e atinge principalmente adolescentes e adultos jovens. Passou a ser fundamental construir um corpo musculoso a qualquer custo, muitas vezes com substâncias proibidas, os anabolizantes, e esse consumo vem aumentando nos últimos anos entre adolescentes e jovens masculinos (Ribeiro e Oliveira, 2011).

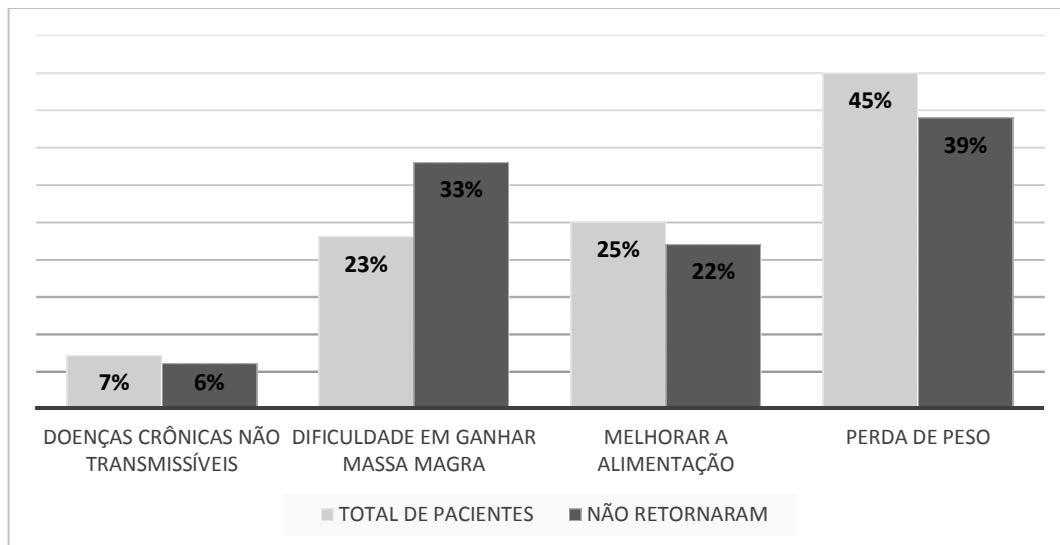
115

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a queixa principal de 7% dos pacientes. Geralmente, o grande cuidado que é necessário ter com a alimentação do adulto é em relação a manutenção do peso ideal, evitando as DCNT e possibilitando uma melhor qualidade de vida pois, houve um aumento significativo das mesmas nos últimos anos (Galisa, Esperança e Sá, 2008). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), existem fatores de risco que respondem pela grande maioria das mortes por DCNT. Destacam-se entre outros o tabagismo, o consumo alimentar inadequado, a inatividade física e o excesso de peso (WHO, 2014).

Em relação a queixa principal dos pacientes que não retornaram após a retirada do cardápio, 39% estavam acima do peso, 33% gostariam de ganhar massa magra, 22% almejavam melhorar a alimentação e a preocupação de 6% dos pacientes era em relação as DCNT. No gráfico 1 seguem os dados comparativos relativos a queixa principal entre todos os pacientes e

os que não retornaram. Observou-se 83,3% dos pacientes que não retornaram, tinham o valor energético total (VET) do cardápio maior ou igual ao VET do recordatório de 24 horas (R24h), ou seja, uma dieta com maior densidade energética que a habitual.

Gráfico 1: Distribuição (%) sobre os principais motivos para a procura do atendimento nutricional entre todos os pacientes avaliados e os que não retornaram no centro de atendimento nutricional. São Paulo, 2017.



116

Com relação ao consumo alimentar, o valor calórico total (VCT) e a quantidade de macronutrientes tanto no recordatório de 24h quanto na prescrição dietética, relatado na tabela 2.

Tabela 2: Quantidade de calorias e macronutrientes no Recordatório de 24h e na prescrição dietética. São Paulo, 2017.

	R24h			Prescrição dietética			Valor p
	média	mediana	DP	média	mediana	DP	
VCT (kcal)	1953,30	1750,00	699,30	2045,00	1800,00	593,70	0,088
Proteína (g)	91,68	80,00	50,30	86,90	83,55	20,20	0,25
Lipídeo (g)	63,85	57,52	34,80	63,00	57,47	20,00	0,43
Carboidrato (g)	245,73	242,50	94,10	286,60	252,26	92,00	0,003*

* p < 0,05

O valor da comparação do consumo de carboidratos relatados pelo paciente no R24h e a prescrição dietética, foi significativa pois o p foi menor que 0,05 ($p=0,003$), evidenciando que o consumo relatado pelo paciente como habitual, estava abaixo da recomendação prescrita. Atualmente, preocupações relacionadas à saúde, ao bem-estar e à boa forma física alavancaram diferentes dietas restritivas, que ora condenam determinados alimentos, ora o elegem como benéficos, como é o caso da dieta lowcarb, onde o consumo de carboidratos é restringido em quantidade e em horários de consumo (Pellerano e Gimenes-Minasse, 2015).

Foi analisado o VCT e os macronutrientes do R24h e da prescrição dietética com os dados dos pacientes que retornaram ou não na segunda consulta e verificou-se que a quantidade de calorias, de proteínas, lipídeos e carboidratos, não foram determinantes na adesão ao tratamento e, portanto, no retorno da 2^a consulta, como demonstrado na tabela 3 ($p > 0,05$).

Tabela 3: Quantidade de calorias e macronutrientes no Recordatório de 24h e na prescrição dietética em relação aos pacientes que retornaram ou não na consulta. São Paulo, 2017.

117

	R24h							Prescrição dietética						
	Não retornaram			Retornaram				Não retornaram			Retornaram			
	média	mediana	DP	média	median a	DP	Valor de p	Média	mediana	DP	média	mediana	DP	Valor p
VCT (kcal)	2021,2	1731,3	862,7	1857,6	1732,5	520,2	0,23	2160,3	2050,0	648,0	1941,6	1725,0	535,0	0,12
Proteína (g)	102,7	78,8	61,5	81,7	82,8	36,6	0,10	88,0	87,1	22,1	85,8	83,6	18,9	0,37
Lipídeo (g)	63,3	56,9	32,8	64,4	57,5	37,2	0,46	66,8	64,4	21,2	59,4	52,0	18,7	0,13
Carboidrato (g)	259,1	241,4	117,2	233,6	249,5	67,6	0,20	304,9	312,0	104,0	270,1	236,6	79,1	0,12

Com relação aos pacientes que retornaram após um mês de consulta para retirada do cardápio, a refeição relatada como a mais difícil de fazer para 38,1% dos pacientes do presente estudo, foi a ceia. Relatos de ansiedade, vontade de beliscar, fome em decorrência da pouca quantidade de comida ingerida no jantar e influência da família, foram as principais justificativas apresentadas pelos pacientes.

Dos pacientes que retornaram, 50% relataram como a maior dificuldade seguir o plano alimentar nos finais de semana e ocasiões especiais, seguida por: manter uma rotina de exercícios físicos (45,5%), ansiedade (36,4%), mudança dos hábitos alimentares (31,8%) e fazer as refeições fora de casa (31,8%).

A maior dificuldade dos pacientes no presente estudo (50%) foi seguir o plano alimentar aos finais de semana e ocasiões especiais. Um estudo de Koehlein, Yamada e Salado (2008) mencionou esta intercorrência, como a mais citada entre os pacientes, onde 68,9% dos indivíduos disseram ser possível fazer o programa alimentar, mas, impossível em ocasiões sociais e festas.

A dificuldade em fazer atividade física para 45,5% dos pacientes se justifica, pois, para se manter um estilo de vida ativo, a simples prescrição por um profissional da área não significa em maior adesão. Existe um grande obstáculo maior que dar o primeiro passo: é a continuidade do programa. É fundamental avaliar em qual estágio de mudança o indivíduo se encontra, que tipo de atividade física possa ser prazerosa e que tenha um significado e propósito (Teixeira *et al*, 2015).

A ansiedade não patológica, viés de 36,4% dos pacientes, é relativamente comum e tem um papel central no controle do apetite e dos hábitos alimentares. Pacientes menos ansiosos inclinam-se a adotar um padrão de dieta mais agradável, principalmente entre os homens. As mulheres com níveis de ansiedade maiores tendem a aumentar o consumo de doces e, as menos ansiosas se correlacionam a um padrão mais vegetariano (Ramos e Furtado, 2010).

118

Em relação a mudança de hábitos alimentares (31,8%), os pacientes podem ter dificuldade em mudar o comportamento alimentar em virtude do medo das consequências. Pesquisas recentes mostram que as pessoas estão fartas de ouvir o que se deve comer, é fundamental mudar a mensagem e explicar como e por que mudar. O nutricionista necessita de qualidades como: empatia, acolhimento, interesse verdadeiro no paciente e competência para que consiga ser um agente de mudança para a adoção de novos hábitos alimentares (Alvarenga, 2015).

Para 31,8% dos pacientes, fazer as refeições fora de casa é um problema. Seja pela vontade, falta de tempo ou até por opções mais saudáveis, há uma tendência maior nos brasileiros em trocar uma refeição por um lanche. A POF, realizada entre os anos de 2008 e 2009, avaliou 34.003 pessoas e constatou alguns dados importantes em relação à alimentação fora do domicílio: maior percentual de consumo de bebidas alcoólicas, os salgadinhos fritos e assados, a pizza, os refrigerantes e os sanduíches (IBGE, 2010).

Obstáculos como as adequações aos horários foram relatados por 27,3%. Para 22,7% dos pacientes que retornaram, as dificuldades foram: quantidade de alimentos, adaptação à

rotina, falta de apoio familiar, dieta diferente da família, não preparar a própria comida e tempo para preparar e comprar alimentos.

Outro dado interessante é que, 33,3% dos pacientes revelaram não ter nenhuma dificuldade em seguir o programa. Constatou-se que 85,7% dos pacientes que relataram na 2^a consulta nenhuma intercorrência tinham o valor energético total (VET) do cardápio maior ou igual ao VET do recordatório de 24 horas (R24h), ou seja, uma dieta com maior densidade energética que a habitual.

As adequações aos horários, a adaptação à rotina e a quantidade de alimentos, que pode ser muito para alguns pacientes e pouco para outros, foram algumas das dificuldades citadas. O viés de se fazer dieta é que, geralmente, as mesmas podem submeter seus adeptos a desconsiderarem os sinais da fome. São estipulados horários para comer e quantidades a serem ingeridas e, aos poucos, esses indivíduos podem perder sinais de fome e saciedade. O resultado a longo prazo pode ser o descontrole e a compulsão (Alvarenga, Polacow e Scagliusi, 2015). Dodd (2012) complementa que, o tamanho das porções vem aumentando nos últimos anos, seja na quantidade de alimento a ser apresentada ou consumida.

119

A falta de apoio familiar e a dieta diferente da família são intercorrências que atrapalham a adesão ao tratamento. O comportamento alimentar está diretamente ligado com experiências passadas, trabalho e dinâmica familiar. Os fatores sociais como família, convívio doméstico e local de trabalho influenciam as escolhas e, nesses casos, o coletivo pode se sobressair em relação ao indivíduo (Antonaccio *et al*, 2015). Brasil (2014) ainda complementa que no Brasil, felizmente, dividir as refeições com a família, ainda são práticas comuns. Comer em companhia favorece a comensalidade e evita que se coma rapidamente. Entretanto, os pacientes analisados, demonstraram dificuldade ao sentar à mesa com uma “dieta” diferente da família.

As técnicas de preparo dos alimentos, o conhecimento e a habilidade de fazê-lo se modificam ao longo da vida, mas são recursos fundamentais que influenciam na escolha dos alimentos e, portanto, na adesão ao tratamento nutricional. Outro ponto fundamental é o tempo disponível. Muitas vezes, em razão das atividades profissionais, aumenta-se o consumo de alimentos prontos em relação a diminuição dos alimentos frescos ou coloca-se na mão de terceiros o preparo das refeições (Zaccarelli, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adesão ao tratamento nutricional envolve diversas circunstâncias e não somente a prescrição dietética adequada. A mudança de comportamento de um indivíduo não acontece apenas pela educação, persuasão e não depende exclusivamente de força de vontade. É um processo longo e demanda tempo e dedicação de ambas as partes. Ficou evidente no estudo apresentado que o cardápio proposto ao paciente versus o consumo habitual não foram fatores determinantes para a não adesão ao tratamento dietético.

Além da queixa alimentar, existem outras circunstâncias primordiais e não unicamente uma área descrita. Quando se estabelece o vínculo terapêutico e o paciente consegue verbalizar seus problemas e dificuldades, um ambiente de confiança e empatia é estabelecido, surgindo questões mais relevantes que a própria queixa alimentar e, se tratadas da forma correta, podem minimizar o primeiro viés mencionado.

O nutricionista, portanto, não deve se limitar a queixa do paciente e ao diagnóstico nutricional, mas observar os aspectos da realidade da sua vida, comorbidades clínicas e problemas de relacionamento com a família, no ambiente de trabalho e em relação à própria cultura. Deve ajudar o paciente a melhorar ou resgatar a sua relação com a comida e ser um agente de educação e de mudança de comportamento.

120

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de estudo concedida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Carlos Alberto Nogueira de Almeida; FERNANDES, Geórgia de Castro. A importância do porcionamento na alimentação balanceada. *International Journal of Nutrology*, v.4, n° 3, sept/dec 2011.

ALVARENGA, Marle. Fundamentos teóricos sobre análise e mudança de comportamento. In: ALVARENGA, Marle; ANTONACCIO, Cynthia; TIMERMAN, Fernanda; FIGUEIREDO, Manoela. **Nutrição Comportamental**. 1^a ed. Barueri, SP: Manole, 2015. p. 1-19.

ALVARENGA, Marle; KORITAR, Priscila. Atitude e comportamento alimentar – determinantes de escolhas e consumo. In: ALVARENGA, Marle; ANTONACCIO, Cynthia; TIMERMAN, Fernanda; FIGUEIREDO, Manoela. **Nutrição Comportamental**. 1^a ed. Barueri, SP: Manole, 2015. p. 23-45.

ALVARENGA, Marle; POLACOW, Viviane; SCAGLIUSI, Fernanda. Dieta e seus efeitos no comportamento alimentar. In: ALVARENGA, Marle; ANTONACCIO, Cynthia; TIMERMAN, Fernanda; FIGUEIREDO, Manoela. **Nutrição Comportamental**. 1^a ed. Barueri, SP: Manole, 2015. p.

ANTONACCIO, Cynthia; GODOY, Carolina; FIGUEIREDO, Manoela; ALVARENGA, Marle. Comportamento do Consumidor e fatores que influenciam a escolha de alimentos. In: ALVARENGA, Marle; ANTONACCIO, Cynthia; TIMERMAN, Fernanda; FIGUEIREDO, Manoela. **Nutrição Comportamental**. 1^a ed. Barueri, SP: Manole, 2015. p.105-107;117-119.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf>. Acesso em 29 de agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 97.

BRASILIANO, Silvia; BUCARETCHI, Henriette Abramides; KACHANI, Adriana Trejger. Aspectos Psicológicos da Alimentação. In: **Nutrição em Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 27-28.

BUENO, Júlia Macedo *et al.* Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 4, p. 575-584, 2011.

121

CESAR, Chester Luiz Galvão; CARANDINA, Luana; ALVES, Maria Cecília Goi Porto; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; GOLDBAUM, Moisés. **Saúde e condição de vida em São Paulo – Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA-SP**. 1^a ed. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 2005.

CALLEJON, Kátia Saunorins; PATERNEZ, Ana Carolina Almada Colucci. Adesão ao tratamento nutricional por pacientes atendidos na clínica de nutrição docente-assistencial da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). **Revista Brasileira de Ciências de Saúde**, ano III, nº 17, jul/set, 2008.

CORREA, L. L. *et al.* Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 133-45, 2011.

DODD, Judith L. Nutrição na Idade Adulta. In. MAHAN, L.Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia; RAYMOND, Janice L. **Krause Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 13^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2012. p.432, 433.

FISBERG, Regina Mara; MARCHIONI, Dirce Maria Lobo; COLUCCI, Ana Carolina Almada. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v.53, n.5, 2009.

GALISA, Mônica Santiago; ESPERANÇA, Leila Maria B.; SÁ, Neide G. de. **Nutrição – Conceitos e Aplicações**. São Paulo: M. Books do Brasil Editora, 2008. p. 4, 161, 162.

GUIMARÃES, Norma Gonzaga; DUTRA, Eliane Said; ITO, Marina Kyyomi; CARVALHO, Kenia M. Baiocchi de Carvalho. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 3, p. 323-333, 2010.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamento Familiar 2008-2009**. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/g07_08.htm>. Acesso em 01 de agosto de 2017.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)**. Suplementos sobre Saúde – 1998, 2003 e 2008. Rio de Janeiro. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#demog>>. Acesso em 01 de agosto de 2017.

KOEHNLEIN, Eloá Angélica; YAMADA, Alciléia Nunes; SALADO, Gersislei Antônia. Adesão à reeducação alimentar para perda de peso: determinantes, resultados e a percepção do paciente. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 23, n. 1, p. 56-65, 2008.

PELLERANO, Joana Angélica; GIMENES-MINASSE, Maria Henrique Sperandio Garcia. “Low carb, high fat”: comensalidade e sociabilidade em tempos de dietas restritivas. **Demetra**, v. 10, n. 3, p. 493-506, 2015.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva. **Pirâmide dos alimentos:** fundamentos básicos da nutrição. 2 ed. Barueri: Manole, 2008.

122

RAMOS, Renato Teodoro; FURTADO, Yvone Alves de Lima. Transtornos de Ansiedade. In: **Nutrição em Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 211.

RIBEIRO, Paulo César Pinho; DE OLIVEIRA, Pietro Burgarelli Romaneli. Culto ao Corpo: beleza ou doença?. **Adolescência e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 63-69, 2011.

STANG, Jamie S.; LARSON, Nicole. Nutrição na adolescência. In: MAHAN, L.Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia; RAYMOND, Janice L. **Krause Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 13^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2012. p.412-419.

TEIXEIRA, Paula; POLACOW, Viviane; TIMERMAN, Fernanda; FONTANA, Mariana; ALVARENGA, Marle. Nutrição Comportamental e atividade física. In: ALVARENGA, Marle; ANTONACCIO, Cynthia; TIMERMAN, Fernanda; FIGUEIREDO, Manoela. **Nutrição Comportamental**. 1^a ed. Barueri, SP: Manole, 2015. p. 465-469.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva, 2014.

ZACCARELLI, Eliana Menegon. Modelo transteórico e curso de vida. In: FISBERG Regina Mara; SLATER, Betzabeth; MARCHIONI, Dirce Maria Lobo; MARTINI, Ligia Araújo. **Inquéritos Alimentares**. 1^a ed. Barueri, SP: Manole, 2005. p.66-69.