

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**VIVÊNCIAS DE NUTRICIONISTAS EM UMA CIDADE DO
INTERIOR DE ALAGOAS SOBRE COMPORTAMENTO
ALIMENTAR NO MANEJO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS**

LARYSSA SANTANA DE OLIVEIRA

RECIFE/ 2020

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**VIVÊNCIAS DE NUTRICIONISTAS EM UMA CIDADE DO
INTERIOR DE ALAGOAS SOBRE COMPORTAMENTO
ALIMENTAR NO MANEJO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS**

Dissertação apresentada como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia da Saúde pela
Faculdade Pernambucana de Saúde.

Mestranda: Laryssa Santana de Oliveira

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Mônica Cristina Batista de Melo

RECIFE / 2020

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

O48v Oliveira, Laryssa Santana de

Vivências de nutricionistas em uma cidade do interior de Alagoas sobre comportamento alimentar no manejo das doenças crônicas não transmissíveis. / Laryssa Santos de Oliveira; Mônica Cristina Batista de Melo – Recife: Do Autor, 2020.
96 f.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado profissional em Psicologia da Saúde, 2020.

1. Doenças crônicas. 2. Comportamento alimentar. 3. Saúde pública. I. Melo, Mônica Cristina Batista de. Orientadora. II. Título.

CDU 614(81)

RESUMO

Cenário: Estudos sobre doenças crônicas não transmissíveis vêm adquirindo relevância, à medida que estas condições causam impacto na saúde pública e contribui para os índices de morbimortalidade. A alimentação inadequada constitui um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças. Manter hábitos saudáveis não depende apenas do acesso a uma informação nutricional adequada. A seleção dos alimentos tem a ver com as preferências relacionadas com o prazer ao comer determinado alimento, as atitudes aprendidas com a família, e a outros fatores psicológicos e sociais. A dieta, modelo de prescrição tradicional utilizada pelos nutricionistas, está associada a prevalência de falhas no tratamento, devido ao grande índice de abandono ou desistência, ocasionado pela sua característica restritiva. É necessário, portanto, compreender o processo de ingestão do ponto de vista biopsicossocial e conhecer as limitações que influenciam o processo de decisão. Nesse contexto, existe o desafio da formação do nutricionista de desenvolver competências para agir, como educador, perante seu paciente e não meramente como transmissor de conhecimentos ou executor de tarefas técnicas. A abordagem comportamental objetiva melhorar o relacionamento do sujeito com a comida, seu corpo e seu bem estar de forma geral. Nesse sentido, surge a Psicologia da Saúde, com uma visão integral do paciente, a partir da compreensão de fatores fisiológicos, sociais, ambientais e emocionais que influenciam o processo saúde/doença.

Objetivo: Compreender, a partir da perspectiva do profissional nutricionista, as estratégias utilizadas na orientação e promoção da mudança de comportamento alimentar no manejo das doenças crônicas não transmissíveis. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa, realizado no período de outubro de 2019 a novembro de 2020. A amostra foi composta por 09 nutricionistas, que atuam na Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira dos Índios. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado contendo perguntas disparadoras e cabeçalho contendo questionário com informações referentes ao perfil

sociodemográfico dos participantes. Os profissionais foram investigados sobre: atendimento, perfil dos pacientes, tipo de abordagem utilizada, limitações do tratamento, comunicação e abordagem, métodos de avaliação e modelo de prescrição utilizado atualmente. A possível relação entre sentimentos, emoções e comida também foi investigada. A pesquisa foi dividida em 03 (três) fases conforme recomendação de Minayo e os dados os foram agrupados em categorias e analisados em 02 (dois) níveis de interpretação, conforme o método hermenêutico-dialético. As respostas foram digitadas no Word e apresentadas na forma de texto seguida de discussão. O trabalho seguiu os preceitos éticos dispostos na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Resultados e Discussão: Todas as participantes do estudo foram mulheres e a maioria concluiu a graduação há mais de 05 anos e em instituições privadas. O perfil dos pacientes atendidos foi representado por excesso de peso, obesidade, diabetes, hipertensão, alergias alimentares e doenças cardiovasculares. A associação entre dieta a resultados milagrosos tem sido um dos principais motivos escolhido por quem busca o profissional nutricionista para a mudança de hábitos. Porém, a baixa adesão ao tratamento continua sendo um dos fatores que mais implicam no desencadeamento das doenças crônicas não transmissíveis. Aspectos como sexo, condição financeira e grau de escolaridade também foram citados como relevantes na evolução do paciente. As estratégias mais utilizadas para a mudança de comportamentos foram: atividades em grupos, educação nutricional, entrega de materiais informativos e estreitamento do vínculo com o paciente e seus familiares. A utilização da abordagem com foco na mudança de comportamento, através de ferramentas como *Mindfulness*, Odômetro da fome e Comer intuitivo ainda é pouco conhecida pela maior parte dos profissionais. Dessa forma, identificou-se a necessidade de disseminar ferramentas apropriadas e centradas no comportamento alimentar. **Conclusão:** Os resultados encontrados forneceram indicativos de que a maioria dos profissionais não utilizam ou não conhecem ferramentas de base comportamental para o manejo

do comportamento alimentar. No entanto, considerar o caráter simbólico da comida e seu papel na trajetória de cada paciente contribui para o sucesso do tratamento, visto que a dieta sozinha não é capaz de tratar essas demandas. Sendo assim, identificou-se a necessidade de realizar uma validação experimental que possibilite maior visualização dos resultados obtidos, assim como estudos adicionais contendo protocolos com estratégias comportamentais apropriadas para o enfrentamento dessa problemática. **Palavras-chave:** doenças crônicas não transmissíveis; comportamento alimentar; saúde pública.

SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO.....	07
1.1	A influência da Alimentação no processo saúde-doença	07
1.2	Hábitos, Comportamentos e Nutrição	10
1.3	Nutrição Comportamental	14
1.4	A Formação do profissional de Nutrição e o enfrentamento das DCNT	23
II	OBJETIVOS	26
2.1	Objetivo geral.....	26
2.2	Objetivos Específicos.....	26
III	MÉTODO	27
3.1.	Desenho do Estudo	27
3.2.	Local do Estudo	27
3.3.	Período do Estudo.....	27
3.4.	População do Estudo	28
3.5.	Amostra	28
3.6.	CrITÉrios para Seleção dos Participantes.....	28
3.7.	Fluxograma de Captação de Acompanhamento dos participantes	29
3.8.	CrITÉrios para Descontinuidade do Estudo	29
3.9.	Condução da Pesquisa	29
3.10.	Processamento e Análise dos Dados	30
3.11.	Aspectos Éticos	31
3.12.	Conflito de interesses.....	32
IV	RESULTADOS	33
4.1.	Artigo.....	34
4.2.	Ebook.....	66
V	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
VI	REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO.....	69
	APÊNDICES	
	APÊNDICE 1 - Roteiro de Entrevista	77
	APÊNDICE 2 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	80
	ANEXOS	
	ANEXO 1- Parecer do Comitê de Ética.....	83

ANEXO 2- Normas de formatação e submissão para a Revista de Nutrição.....	86
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CNE- Conselho Nacional de Educação

CRN- Conselho Regional de Nutrição

CNS- Conselho Nacional de Saúde

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM – Diabetes Mellitus

DSM- Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais

FPS – Faculdade Pernambucana de Saúde

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IMC – Índice de massa corporal

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PA- Pressão Arterial

PSE- Programa Saúde na Escola

PSF- Programa Saúde da Família

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SN – Suporte Nutricional

VIGITEL- Vigilância de Fatores de Risco por Inquérito Telefônico

WHO- Organização Mundial de Saúde

TLCE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I. INTRODUÇÃO

Embora a ciência da nutrição esteja em constante evolução, persiste uma visão limitada dos alimentos, sem dar importância ao contexto no qual está inserido (focando apenas em calorias e nutrientes), o que parece não ser suficiente para a manutenção de hábitos saudáveis. Não é à toa que os índices de Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) só crescem a cada dia e o profissional é visto como o “policial nutricionista” ditando para as pessoas o que deve e o que não deve comer, impondo regras e prescrições calculadas.¹

Contrapondo esse cenário, a Psicologia da Saúde surge com um olhar voltado para a dimensão biopsicossocial do sujeito, a partir da compreensão de fatores fisiológicos, sociais, ambientais e emocionais que influenciam o processo saúde/doença, levando em consideração a relação do indivíduo com a comida, com o próprio corpo, com os outros e com o mundo.²

Assim, nasce a ideia de abordar nutrição de forma gentil e humanizada, defendendo uma comunicação e orientação que não se baseia numa “dieta”, onde peso não é comportamento e, portanto, não deve ser o foco de um tratamento nutricional (pode ser uma consequência).³ Com isso, partindo da premissa de que a saúde está intimamente ligada a alimentação, aqui será apresentada e discutida a vivência de nutricionistas que atuam no combate às DCNT e diferentes estratégias que podem ser utilizadas para trabalhar a mudança de comportamento.

1.1 A influência da alimentação no processo saúde-doença

O perfil nutricional da população brasileira mudou nos últimos anos. Desde a década de 1970, ocorre declínio na prevalência de desnutrição e o crescimento do número de pessoas com excesso de peso.⁴ Segundo dados da última Pesquisa de Vigilância de

Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizada em 2018, mais da metade da população brasileira encontra-se à cima do peso (55,7%) e a prevalência de obesidade passou de 11,8% em 2006 para 19,8% em 2018. De acordo com o documento, as DCNT também avançaram significativamente, com destaque para elevação de 40% nos casos de diabetes e 14,2% nos casos de hipertensão.⁵

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o “diabetes mellitus” (DM), caracterizado pela hiperglicemia, apresenta alta morbimortalidade, bem como limitações na rotina das pessoas portadoras da doença. Logo, requer um controle terapêutico, pois não é curável. Pode gerar incapacidades e necessitando de intervenções relacionadas às mudanças no estilo de vida. Vários comportamentos de risco podem influenciar seu agravamento, como o consumo de alimentos açucarados e/ou de alta carga glicêmica, farináceos em excesso, baixo consumo de hortaliças, inatividade física, consumo exagerado de bebidas alcoólicas e fatores genéticos.^{6,7}

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Está associada frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.⁹ A HAS acaba por afetar fisicamente e psicologicamente os indivíduos, visto que o controle do quadro exige a adoção de novos hábitos alimentares e geralmente a conduta nutricional tradicional considera o comer apenas uma decisão racional, ignorando os reais significados da comida na vida do indivíduo⁸

Um estudo realizado pela Universidade Paulista no ano de 2017 para avaliar a prevalência de fatores de risco para doenças crônicas em uma população de adultos, mostrou que HAS está mais presente em indivíduos com idades mais avançadas, cor não branca, e com história familiar de hipertensão, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo,

inatividade física e uma dieta pouco saudável. ⁹ Estimativas sugerem que no Brasil, até 2030, os casos de HAS e DM afetarão mais de 20% da população, em razão de pioras nos hábitos de vida e tipo de alimentação. Além disso, o alto índice de doenças cardiovasculares, dislipidemias, síndrome metabólica e câncer também tem sido uma questão preocupante no âmbito da saúde pública.^{2,8,9}

A modificação do perfil nutricional da população brasileira veio acompanhada da mudança no padrão de consumo alimentar, o que acarreta sérios desequilíbrios nutricionais e fisiopatológicos, aumentando os gastos com medicamentos e internações. Houve declínio no consumo de cereais, raízes e tubérculos e aumento na ingestão de ovos, leite e derivados e a banha foi substituída pela margarina. Além disso, foi constatada a alta aquisição de açúcar e baixa de hortifrutis. Nas regiões mais desenvolvidas, observa-se a presença excessiva de gordura saturada e um declínio significativo no consumo de alimentos básicos como arroz e feijão, assim como uma crescente aquisição de produtos industrializados, como embutidos e sucos artificiais. ¹⁰

Os motivos envolvidos na escolha alimentar constituem um processo complexo, que envolve fatores fisiológicos, socioculturais, psicológicos, econômicos e comportamentais. Essa motivação surge da necessidade humana, onde o resultado dos estímulos que agem sobre os indivíduos leva à determinada ação. Assim, para que haja ação ou reação é preciso que um estímulo seja implementado, resultante do exterior ou proveniente do próprio organismo. Dessa forma, o ato de se alimentar pode sofrer influência de fatores como regras sociais e meio ambiente no qual o indivíduo está inserido. ^{11,12}

A garantia de longevidade saudável está intimamente relacionada às escolhas alimentares, porém para que o processo se torne eficaz é necessário levar consideração componentes que vão muito além da comida, como: sentimentos, emoções, cultura e vida

social, que na maioria das vezes são desprezados quando se trata da elaboração de uma prescrição dietética. É importante entender como e por que se come (não apenas o que se come) já que ingerir alimentos é diferente de se comportar diante deles. Tais atitudes estão associadas com as razões e situações que levam o indivíduo a comer e o que ele pensa e sente em relação ao alimento.¹³

Ademais, alimentação não pode ser vista apenas como um meio para um fim (tratar doenças, emagrecimento, melhorar a estética, entre outros), é preciso considerar componentes afetivos (sejam eles favoráveis ou não), cognitivos (crenças e conhecimentos prévios) e volitivos (vontade, intenção e predisposição) para escolher determinada comida.¹⁴

1.2 Hábitos, Comportamentos e Nutrição

Sob a ótica da nutrição comportamental, hábitos se referem a comportamentos que determinadas pessoas aprendem e repetem frequentemente sem pensar como devem executá-lo, e são geralmente inconscientes, assim como algo que o indivíduo não toma ciência de tal ação, não identifica perante o momento da ação. Tal especificação é atribuída ao ato de comer, pois vai além de escolher um alimento, envolve o julgamento (mesmo que inconsciente) de várias opções e a seleção de uma delas para a ação.¹

Para a Psicologia, a abordagem que tem como foco o estudo do comportamento é chamada abordagem comportamental ou análise do comportamento, originada no século XX, a partir de estudos de Watson e Skinner e a idealização do Behaviorismo. Nessa perspectiva, os comportamentos são classificados como respondentes ou reflexos (involuntários) e operantes (voluntários) e podem ser observados, compreendidos e previstos.¹⁵

O Behaviorismo (ou comportamentalismo) surgiu a partir da repercussão de um trabalho do psicólogo Watson e seu objeto de estudo é o próprio comportamento.

Atualmente, considera o organismo e as diferenças comportamentais (respostas) que acontecem, dependendo da situação, da privação de estímulos e da história de vida de cada um.¹⁶

As duas figuras influentes do Behaviorismo, John B. Watson e B.F. Skinner, estão associados ao condicionamento clássico e ao condicionamento operante, respectivamente. O condicionamento clássico está ligado ao Behaviorismo metodológico (ou behaviorismo clássico), enquanto o condicionamento operante, faz parte dos estudos do Behaviorismo radical.¹⁷

O Behaviorismo metodológico (ou clássico), se opõe ao mentalismo e introspeccionismo, ou seja, descarta os estudos relacionados à mente, pensamento e emoções. É baseado através de observação e experimentação. Essa abordagem defende que o comportamento pode ser previsível e controlado a partir de estímulos. Na alimentação, por exemplo, a teoria comportamental de Watson defende que o comportamento do indivíduo pode ser moldado e ajustado, através de uma informação que a pessoa recebe sobre comida e a partir daí escolhe o que é melhor comer.^{16,17}

Já a abordagem do Behaviorismo radical, considera que os comportamentos observáveis são manifestações externas de processos mentais invisíveis, como o autocontrole, o pensamento, entre outros. Porém, defende que é conveniente estudar os comportamentos observáveis. Com isso, enfatiza que as emoções não dão origem à uma conduta, pois também fazem parte do modo de agir. Ou seja, o comportamento não é consequência do livre arbítrio, mas sim das consequências dos seus atos, sejam positivos ou negativos.^{16,17}

Skinner contribuiu grandemente com a criação do condicionamento operante, um método de aprendizado que ocorre através de reforços (positivos ou negativos) e

punições. O objetivo é entender a relação entre os comportamentos do indivíduo ao seu ambiente. Para Skinner, o comportamento é reforçado através das suas próprias consequências. Partindo da premissa que o indivíduo busca sobreviver, se proteger, se autorrealizar, entre outras ações que sentem necessidade, à medida que alcançasse o seu objetivo, o comportamento se repetiria.¹⁸

O mecanismo de repetição é chamado de operante, sendo que se for seguido de um reforço positivo ou reforço negativo, a probabilidade de ele se repetir, aumenta. Enquanto, se for seguido de uma punição, a probabilidade de ser repetido, diminui. Em outras palavras, essa teoria propõe que para um comportamento desejado ser alcançado, deveria ser incentivado através de uma recompensa, se estivesse agindo corretamente, e se estivesse agindo errado, receberia uma punição.¹⁹

Os reforços têm o objetivo de estimular a repetição de comportamentos que tem como consequência uma premiação positiva. Reforço positivo é quando algo bom é adicionado, por exemplo oferecer uma comida gostosa, para ensinar um novo comportamento. Reforço negativo é quando algo ruim é removido, por exemplo, a compra de uma comida é evitada, para ensinar um novo comportamento. Já as Punições têm o objetivo de cessar ou diminuir a frequência de um comportamento, pois sua consequência geralmente é algo ruim. Por exemplo, ficar meses sem beber álcool ou comer a comida preferida.^{19,20}

Outras teorias também estudam o comportamento, como a Psicanálise, abordagem criada por Freud, que destaca que o comportamento é determinado, também, por aspectos inconscientes do indivíduo. Nesse sentido, o comportamento é um conjunto de reações diante de interações entre o indivíduo e o meio ambiente. Freud definiu o inconsciente como um sistema psíquico independente da consciência, dotado de atividade própria, ou seja, o local onde ficam armazenados os desejos não realizados pelos indivíduos por meio

da consciência. Esses desejos não realizados podem alterar o comportamento das pessoas.²¹

A principal diferença entre a Psicanálise e o Behaviorismo, se dá pelo fato que a primeira investiga os conflitos psíquicos resultantes de sonhos, lembranças reprimidas e delírios. Freud defende que a mente é responsável por decisões conscientes e inconscientes que ela toma com base nos impulsos psíquicos. O Behaviorismo estuda o comportamento de forma direta, com base no ambiente e no condicionamento em que vive o indivíduo.²²

Sendo assim, o surgimento de um novo comportamento se mostra tão complexo quanto o indivíduo humano, ou seja, considerar a singularidade do indivíduo supõe que o alimento não está somente situado numa esfera fisiológica e talvez seja tão difícil modifica-lo, pois envolve o que uma pessoa conhece e acredita sobre alimentação e nutrição e aquilo que sente sobre a comida.¹

Diante do exposto, a atitude alimentar pode ser uma expressão ideal para abarcar a relação do indivíduo com os alimentos. No entanto, o termo “atitudes alimentares” não é bem definido pela ciência da nutrição e suas definições variam. No âmbito da psicologia, “atitude” é um construto de três componentes: comportamentos, cognições e afetos. Isso significa que é preciso considerar o entorno e o indivíduo em sua totalidade, como será explanado daqui por diante.²³

Considerar o aspecto biopsicossocial é fundamental para que a educação nutricional seja mais eficaz, pois embora a informação seja um dos pilares essenciais para a mudança comportamental, o caminho entre conhecimento e comportamento é longo, não basta transmitir ou “ensinar nutrição”, é necessário se preocupar com os pensamentos dos indivíduos e acessar suas percepções minuciosamente.²⁴

Logo, a prescrição dietética sozinha não é capaz de promover mudanças por si só. Para ser um agente de mudanças e realizar um tratamento efetivo, o profissional de saúde deve ser, além de um provedor de informações, um conhecedor de estratégias comportamentais, já que pesquisas apontam que a maioria das pessoas estão cansadas de ouvir o que devem comer, é preciso mudar a mensagem e explicar “como” e “por quê.” Além disso, o que é percebido como real para o indivíduo influencia completamente sua habilidade de seguir determinado comportamento.^{25,26}

1.3 Nutrição Comportamental

A Nutrição Comportamental é uma abordagem científica e inovadora da Nutrição, que inclui aspectos fisiológicos, sociais e emocionais da alimentação e promove mudanças no relacionamento do nutricionista com seu paciente (o sujeito é visto numa dimensão biopsicossocial e não generalizada sem contextualizar onde, quando e para quem é a alimentação) bem como da comunicação na mídia e da indústria com seus consumidores (não é aconselhável induzir alguém a fazer uma escolha alimentar apenas pela contribuição nutricional ou energética).²⁷

Tal abordagem surgiu na década de 70, após Jon Kabat-Zinn difundir a prática da atenção plena para a medicina comportamental. Sua fundamentação baseia-se na identificação de comportamentos disfuncionais, onde as atitudes relacionadas a alimentação apresentam características como inadequação, restrição e purgação, impactando de forma negativa o bem estar de quem tem esse tipo de comportamento; bem como na oferta de soluções para modificar as crenças inadequadas, como por exemplo um conhecimento prévio sobre alimentação que reforça determinado padrão, deve ser reconstruído e estimulado para a mudança junto ao paciente.²⁸

Há várias ferramentas e modelos para o trabalho de mudança de comportamento, entre elas podemos destacar o *Mindfulness* ou *Mindful eating*, que em português significa

“atenção plena ao comer” no qual os praticantes estão atentos ao sabor, textura e processos de comer e não são julgadores. Eles checam em seus corpos os sentimentos e pensamentos que lhes dizem se estão ou não com fome e satisfeitos, tanto física quanto emocionalmente. Trata de uma experiência que engaja todas as partes do ser (corpo, mente e coração), na escolha alimentar. Não é direcionada por tabelas ou guias alimentares e tampouco por “experts” em alimentação. O comer com atenção plena é direcionado pela experiência interna do indivíduo, que é única.²⁹

Um estudo internacional realizado em 2019 com mulheres com sobrepeso, comparou parâmetros de Índice de Massa Corporal (IMC), ritmo de mastigação e hábitos inadequados entre um grupo que praticou sessões de *mindfulness* e atenção prolongada à mastigação e um grupo controle e detectou que houve redução do IMC, ritmo de mastigação e de hábitos inadequados no primeiro grupo, assim como houve melhoria da atenção plena ao comer, permitindo o autoconhecimento do corpo em respostas à comida e aos sinais internos de fome e saciedade.³⁰ Essa prática envolve uma consciência dos acontecimentos cotidianos e das sensações fisiológicas e psicológicas; implica em superar o desejo de se envolver num comportamento automático; em avaliar a si mesmo, aos outros e às situações com menor frequência.³¹

Outro estudo realizado com indivíduos adultos para avaliar os efeitos do *mindfulness* sobre a perda de peso e o comportamento alimentar de obesos adultos identificou que as abordagens baseadas em *mindfulness*, combinadas com outras estratégias tradicionais de redução de peso, podem aumentar a eficácia desses tratamentos no longo prazo, com uma abordagem holística voltada para a saúde e bem-estar. No entanto, ainda são incipientes as pesquisas empíricas controladas demonstrando a eficácia do *mindfulness* no tratamento da obesidade e sobrepeso, sobretudo como uma estratégia única para prevenção e tratamento da obesidade.³²

A dieta, modelo de prescrição tradicional utilizada pelos nutricionistas para o tratamento dessas comorbidades, é entendida pelo senso comum como um conjunto de alimentos, ou privação total ou parcial deles, prescritos por médico; regime.³³ Para a ciência da nutrição, a dieta é entendida como um padrão de alimentação. A expressão também aparece relacionando as dietas terapêuticas, que são modificações do padrão normal de dieta adequada, seguindo as recomendações nutricionais vigentes para atender as necessidades específicas.³⁴

A disseminação e valorização das dietas restritivas estão intimamente ligadas ao atual conceito sociocultural de beleza e a velocidade da proliferação das dietas na atualidade é muito maior do que o progresso científico nesse campo, de forma que se observa uma miríade de dietas sem nenhum embasamento científico.³⁵

Algumas pesquisas que retratam os efeitos positivos da prática de dieta isolada, ou comportamentos que incentivam essa prática, não apresentam períodos longos de seguimento, logo é necessário estudar se isso é sustentável e descobrir razões para tal. O que se sabe até hoje é que dietas podem trazer inúmeras consequências deletérias (clínicas, físicas e emocionais/ psicológicas), promovem obsessão por comida e podem precipitar transtornos alimentares e levar a obesidade.^{36,37,38}

De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), a obsessão alimentar é caracterizada por pensamentos ou impulsos recorrentes e persistentes em relação a comida, que em algum momento durante a perturbação são experimentados como intrusivos e indesejados e na maioria das vezes causa ansiedade ou sofrimento, diferentemente da compulsão alimentar, que são comportamentos repetitivos em um curto espaço de tempo, onde o indivíduo se sente forçado a realizar em resposta a uma obsessão ou a uma regra externa.³⁹

Se por um lado as informações precisas sobre alimentação e nutrição são resultado de consensos científicos, a desinformação pode ser prejudicial para a saúde e o bem-estar do paciente. Isso acontece com modismos alimentares (crenças exageradas de que determinados alimentos ou nutrientes podem curar doenças, conferir benefícios específicos ou promover perda de peso rápida); fraudes em saúde (produto que não funciona ou ainda não teve benefício comprovado) e alegações mal direcionadas, que levam o paciente a interpretar de forma errônea os benefícios de um produto, considerando-o maior e mais efetivo do que é (por exemplo: quando um produto é rico em fibras, mas possui alto teor de açúcar e gordura).⁴⁰

Dessa forma, entre as estratégias utilizadas para promover mudança de comportamento, a comunicação adequada com o paciente tem se mostrado relevante, pois objetiva auxiliá-lo na construção de novas habilidades ou na compreensão de conceitos mais complexos de saúde e nutrição.⁴¹ De acordo com o levantamento da *Academy of Nutrition and Dietetics* as teorias mais disseminadas para comunicação são: Teoria Cognitiva de Bandura; Abordagem do Modelo Transteórico; Teoria do Conhecimento-atitudes-crenças; Teoria da Crença em Saúde e Processo do marketing social.⁴²

Algumas dessas teorias influenciaram, inclusive, na consolidação da abertura da ciência do comportamento aos fatores cognitivos. Nesse contexto, Bandura foi um autor que desempenhou um papel fundamental a partir de 1979. Ele desenvolveu trabalhos a respeito da “aprendizagem observacional” onde um indivíduo aprende eficazmente a partir da observação de um comportamento emitido por outro e de sua realização posterior. Assim, o modelo de autorregulação (ou autoeficácia) está relacionado com este tipo de aprendizagem, pois uma mudança voluntária de comportamento sempre será mediada pela percepção do sujeito a respeito de seu desempenho.⁴³

Dessa forma, a Teoria Cognitiva de Bandura coloca a cognição como construto mediador entre o ambiente e o comportamento, traduzindo a capacidade de reproduzir um comportamento observado. Este tipo de comunicação distingue-se de outros tipos por assentar na imitação e, portanto, no fato de que sem ela tais comportamentos dificilmente seriam aprendidos. Além de seu foco na aprendizagem por meio da observação, a teoria afirma que os indivíduos podem reforçar ou punir seus próprios comportamentos com base no aprendizado adquirido.⁴⁴

A segunda teoria, conhecida como modelo transteórico, é considerada um instrumento de auxílio à compreensão da mudança comportamental relacionada à saúde. Foi desenvolvida por dois pesquisadores norte-americanos, James O. Prochaska e Carlo Di Clemente, na década de 80, mediante estudos com tabagistas. Na época, foi observado que muitos fumantes conseguiam abandonar o vício sem auxílio de psicoterapia, enquanto outros somente tinham sucesso com esse tipo de tratamento. O estímulo para as pesquisas que culminaram na elaboração do modelo foi a hipótese, posteriormente confirmada, de que existiam princípios básicos que explicariam a estrutura da mudança de comportamento que ocorria na presença ou não de psicoterapia.⁴⁵

Deste então, o modelo transteórico tem sido aplicado a outros comportamentos relacionados a saúde, como por exemplo, na alimentação. Tal abordagem utiliza estágios de mudança para integrar processos e princípios de alterações provenientes das principais teorias de intervenção, o que explica o prefixo "trans" de sua nomenclatura.⁴⁶

O modelo transteórico trouxe a hipótese que existiam cinco estágios dentro do processo de mudança comportamental pelos quais se passava à medida que o objetivo da mudança ia se concluindo. Os dois estágios iniciais, denominados pré-ação, foram definidos como: “pré-contemplação”, no qual o indivíduo não está verdadeiramente interessado em mudar, não visualiza perspectiva de mudança em um prazo de tempo

inferior a seis meses e não reconhece o risco do comportamento para seu bem-estar e “contemplação”, no qual começa a pensar em, de fato, alterar o comportamento em um prazo inferior a seis meses e já começa a identificar riscos de seu comportamento.^{45,46}

Os três estágios seguintes, caracterizados como estágios de ação, são conceituados como: “preparação” ou “decisão”, no qual o sujeito pensa em mudar de forma mais ativa e em um curto período de tempo, seguido pelo estágio “ação”, no qual já adotou novos comportamentos identificados num período de até seis meses. Por fim, o último estágio, chamado de “manutenção”, no qual o paciente permanece por mais de seis meses com o novo comportamento.⁴⁶

A teoria da crença em saúde, publicada em 1970 por Rosenstock, defende que para a adoção de comportamentos preventivos em relação a uma doença, o indivíduo necessita tomar ciência de alguns pontos, como: ele é pessoalmente suscetível a essa doença; o surgimento da doença terá consequências graves em algum aspecto da vida; suas mudanças podem beneficiá-lo ao reduzir a suscetibilidade ou a severidade da doença; ter consciência de que há barreiras psicológicas capazes de impedir que ele tome providências relacionadas à prevenção de doenças.⁴⁷

Essa teoria conta com quatro variáveis que avaliam o custo benefício para a mudança de um comportamento: susceptibilidade percebida (quando o indivíduo percebe que pode desenvolver um problema de saúde); gravidade (quando o indivíduo identifica os riscos ocasionados pela doença); benefícios (quando o indivíduo percebe que tal ação vai favorecer a melhora do seu estado de saúde); barreiras (quando o indivíduo encontra obstáculos para aderir a um novo hábito).⁴⁸

Com relação à teoria do conhecimento baseado em atitudes-crença (ou teoria da ação racional), a intenção de realizar uma ação ou a intenção de comportamento é influenciada por dois componentes: um pessoal e outro social. Por exemplo: a intenção

de consumir mais vegetais ou de praticar exercícios resulta de uma avaliação pessoal positiva das possíveis consequências desta ação e da percepção de que ela será socialmente aprovada.⁴⁹

Originada por Fishbein e Ajzen (1975), essa teoria distingue quatro conceitos que são pontos-chave em sua condução: atitude, crença, intenção e comportamento. A definição unidimensional de atitude, é resumida por Thurstone, como a quantidade de afeto pró ou contra algum objeto, sugerindo, com isso, sua medida através de um procedimento que localize o sujeito numa dimensão bipolar, avaliativa ou afetiva em relação a um dado objeto (exemplo: comer determinado alimento pode ser muito bom ou muito ruim). Fishbein e Ajzen discordam, colocando que os elementos cognitivo, afetivo e conativo não se juntam para compor o conceito de atitude e, sim, são elementos distintos que se inter-relacionam.^{49,50}

Para esses dois investigadores, as crenças referem-se à informação que o indivíduo tem a respeito do objeto da atitude. Especificamente, cada crença liga um objeto a um atributo, sendo que o primeiro pode ser constituído por conceitos, comportamentos, pessoas, eventos etc., e o segundo, por características, qualidades, conseqüências, eventos etc. Exemplo: “Brigadeiro é a melhor sobremesa que existe” (atributo) ou “Fazer brigadeiro” (objeto) é demorado (atributo).⁵⁰

A força da associação do objeto com o atributo é denominada de força da crença, ou seja, o grau em que um indivíduo acha provável ou acredita que um objeto esteja ligado a um dado atributo. Isso implica que a crença deva ser medida, colocando-se o sujeito ao longo de uma dimensão de probabilidade subjetiva, envolvendo a associação de um objeto a um atributo. Exemplo: “Brigadeiro é uma sobremesa irresistível (provável/improvável).⁵¹

A intenção refere-se ao propósito que um indivíduo tem de desempenhar um comportamento. O grau em que ele considera que vai desempenhar determinado comportamento é denominado de força da intenção e pode ser medido colocando-se o indivíduo ao longo de uma dimensão de probabilidade subjetiva, envolvendo-o a algum comportamento. Por exemplo: “Eu pretendo comer brigadeiro” (provável/improvável). O termo comportamento, utilizado nesta teoria, refere-se unicamente a ações observáveis do sujeito, havendo tanto cuidado com sua definição e medida como no caso dos três outros conceitos descritos.^{50,51,52}

O marketing social, processo de comunicação também focado no comportamento, foi criado a partir da adaptação de técnicas de *marketing* para o desenvolvimento de programas com o objetivo de influenciar o comportamento do público-alvo, proporcionando o seu bem estar, como: campanha de incentivo ao aleitamento materno realizada no Brasil, programa “5 ao dia” promovida pelos Estados Unidos para incentivar a ingestão de 5 (cinco) porções de frutas e hortaliças por dia.⁵³

Desencadeado no século XX, após Wiebe (1952) examinar campanhas sociais com o objetivo de determinar que condições ou características mais contribuiriam para o seu sucesso, o marketing passou a ser uma prioridade para grande parte das empresas, e o consumidor, o centro do universo econômico. Assim, o marketing é considerado um processo social por meio do qual pessoas obtêm aquilo de que necessitam e o que desejam com a criação, oferta e livre negociação de produtos e serviços de valor.⁵⁴

Estratégias como a persuasão e a mudança de atitudes diárias através da criação de campanhas publicitárias por parte de organizações sem fins lucrativos, levaram ao desenvolvimento de uma área mais específica e que confronta claramente ideias de base do marketing com teorias da psicologia: o marketing social. Nesse cenário, as campanhas

de marketing buscam identificar os principais pilares a serem trabalhados no desenvolvimento de ações para o público alvo.⁵⁵

No que diz respeito a Nutrição Comportamental, uma abordagem que vem sendo amplamente utilizada é a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), disseminada por Kazdin, em 1978, após classificar os diferentes modelos de intervenção clínica na psicologia, propondo o termo "modificação cognitivo-comportamental" para se referir ao subgrupo de terapias que enfatiza os aspectos cognitivos relacionados ao comportamento e que compartilham o pressuposto da alteração do comportamento não-verbal como função de uma mudança prévia do pensamento. Logo, a partir dos anos 70, as terapias cognitivo-comportamentais ganharam cada vez mais espaço e aceitação.⁵⁶

Essa abordagem tem como principal característica modular escolhas alimentares, e conseqüentemente promover benefícios a saúde, como controle da glicemia, redução do risco cardiovascular e hipertensão, além de favorecer a saúde mental. Assim, a TCC aborda os potenciais obstáculos, ajustando objetivos irrealistas, muitas vezes esperados pelos pacientes, administra as preocupações com a imagem corporal e redireciona os objetivos primários de perda de peso, por exemplo. Além disso, auxilia os indivíduos a adquirirem e praticarem habilidades comportamentais e respostas cognitivas que favorecem o controle da ingestão alimentar e a prática de atividade física. Geralmente oferece um modelo semiestruturado, com módulos ou etapas de tratamento, duração flexível, de forma que o profissional se adapte às necessidades da pessoa e aplique técnicas relevantes a cada caso, mensurando seu progresso.⁵⁷

O foco da TCC é, portanto, tornar os indivíduos mais atentos aos pensamentos e sentimentos e a relacionar-se com eles de forma mais ampla e numa perspectiva descentralizada, ensinando-os habilidades para prevenir a escalção de padrões de pensamentos negativos, ou seja, a repetição de um conteúdo negativo que impacta

diretamente no comportamento, afetando seu bem-estar, na forma como enxerga o mundo e no funcionamento adaptativo do sujeito, seja no âmbito alimentar ou interpessoal.⁵⁸

1.4 A formação do Profissional de Nutrição e o enfrentamento das DCNT

Escolher uma alimentação saudável não depende apenas do acesso a uma informação nutricional adequada. A seleção de alimentos tem a ver com as preferências desenvolvidas relacionadas com o prazer associado ao sabor dos alimentos, as atitudes aprendidas desde muito cedo na família, e a outros fatores psicológicos e sociais.¹

É necessário, portanto, compreender o processo de ingestão do ponto de vista psicológico e sociocultural e conhecer fatores psicossociais que influenciam este processo de decisão, com o objetivo de tornar as medidas de educação para a saúde mais eficazes e de se melhorarem os hábitos e os comportamentos.⁵⁹

No âmbito da Psicologia, a atenção prestada à alimentação e nutrição originou-se em torno das consequências da desnutrição e das deficiências nutricionais específicas (exemplo: deficiência de ferro, cálcio, etc.), no desenvolvimento intelectual da criança e implicações em idades posteriores, perturbações do comportamento alimentar, anorexia nervosa, bulimia e obesidade; com o passar do tempo ela foi ganhando cada vez mais espaço.⁶⁰

Um levantamento bibliográfico realizado em 2016 com profissionais de saúde, identificou que, na visão desses profissionais, a Psicologia ainda está ligada apenas a saúde mental. No entanto, é importante não esquecer do seu objeto de análise: o comportamento. Quando se trata de comportamento alimentar, esse representa um dos fatores que mais influencia o processo saúde doença. Daí a pertinência da aplicação da Psicologia da Saúde a este domínio visando a prevenção.⁶¹

Apesar da relevância do ponto de vista curativo, a Nutrição e a Psicologia da Saúde devem ser consideradas na perspectiva da prevenção primária. Dessa maneira, considerando a resistência de grande parte da população em aderir às práticas saudáveis de prevenção e controle das DCNT, faz-se necessário contemplar, em todos os níveis de complexidade do cuidado, elementos das diferentes áreas do conhecimento ou campo do saber, considerando a realidade na qual o indivíduo está inserido.⁶²

Diante da problemática da obesidade e suas complicações, os nutricionistas costumam utilizar a abordagem técnica (dieta). Nesse contexto, coloca-se o desafio da formação do profissional nutricionista, no sentido de desenvolver competências compatíveis com a necessidade do SUS. Ainda há uma supervalorização da prescrição dietética e a partir disso destaca-se a necessidade de modificações e a conscientização dos estudantes sobre a importância de se tornar um profissional educador e não meramente transmissor de conhecimentos ou executor de tarefas técnicas”.^{63,64}

A Resolução CNE/CES nº 1.133 preconiza que a formação do nutricionista deve ser crítica, generalista e reflexiva, abordando questões de promoção, prevenção da saúde em todas as áreas que envolvam alimentos e nutrição. Para tanto, o referido profissional deverá ser dotado das habilidades e competências que garantam essa abordagem.⁶⁵

Alguns autores retratam um certo descompasso entre o discurso e a realidade do mercado de trabalho, que sugere limitações e desafios para o egresso de nutrição. Dessa forma, parece pertinente a necessidade de ajustes e auto avaliações, tornado possível a constante atualização e melhoria do currículo.^{66,67,68}

Fica claro que sem a criação e fortalecimento de um vínculo profissional-paciente, é difícil desenvolver ações educativas no âmbito da alimentação e nutrição. Um exemplo concreto dessa situação é a adesão ao plano alimentar (pois o modelo prescritivo

geralmente utilizado pelo nutricionista não leva em consideração o ser biopsicossocial e cultural, o que faz o indivíduo se sentir preso as regras e desistir do processo).⁶⁰

Sendo assim, considerar os motivos que estão envolvidos na escolha alimentar torna-se essencial, visto que, a influência dessas escolhas irá refletir no contexto geral de saúde da população, no que se refere aos índices de morbidade e mortalidade. Para tal, estratégias de base comportamental podem auxiliar os nutricionistas a enfrentar essa problemática.^{30,31,32}

Logo, o estudo em questão tem a pretensão de favorecer a interface com o SUS através de estratégias e ações direcionadas a esses profissionais. Dada a importância da alimentação adequada na prevenção e controle das DCNT, assim como o papel do nutricionista como agente promotor de saúde, o que explicaria a super valorização das dietas para o tratamento das doenças crônicas, se o número de acometidos só cresce a cada dia?

II. OBJETIVOS:

2.1 Objetivo Geral

Compreender, a partir da perspectiva do profissional nutricionista, as estratégias utilizadas na orientação e promoção da mudança de comportamento alimentar no manejo das doenças crônicas não transmissíveis.

2.2 Objetivos Específicos

Na perspectiva do profissional nutricionista:

- Descrever as características sociodemográficas e acadêmica dos profissionais, em relação a: sexo, idade, naturalidade, formação e experiência profissional;
- Identificar a perspectiva de sentido sobre dieta e comportamento alimentar;
- Investigar os motivos que levam o paciente a aderir e a não aderir às recomendações nutricionais;
- Analisar as estratégias utilizadas para promover mudança de comportamento e sua manutenção;
- Sugerir, na forma de produto educacional, um ebook para nutricionistas sobre estratégias de promoção e manutenção das mudanças de comportamento alimentar no manejo das DCNT.

III. MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

Estudo de abordagem qualitativa, caracterizado por aprofundar-se na compreensão dos fenômenos estudados (experiências, comportamentos, interações e contextos sociais) interpretando-os segundo a perspectiva dos próprios sujeitos que participaram da situação sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito. ^{68,69}

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Palmeira dos Índios- Al, interior de Alagoas, localizado a 136 km da capital, Maceió. Atualmente o município conta com 80. 675 habitantes e é a quarta maior cidade do estado, localizada no agreste alagoano. ⁷⁰

No local do estudo atuavam: médicos, enfermeiros, nutricionistas, agentes de saúde, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, dentistas, técnicos de enfermagem e veterinários em diferentes níveis de complexidade, favorecendo a integralidade das ações inter/transdisciplinar que são norteadas por um projeto assistencial comum, visando a prevenção de agravos e promoção da saúde.

3.3 Período do estudo

O período de realização da pesquisa foi de outubro de 2019 até novembro de 2020.

3.4 População do estudo

Participaram da pesquisa 10 profissionais que compõe o quadro de nutricionistas do município e que são regulamentados pelo Conselho Regional de Nutrição (CRN) para desenvolver atividades inerentes ao cargo. Todos os profissionais atuam na saúde pública e estão distribuídos nos seguintes setores: Suporte Nutricional (SN), Programa Saúde da Família (PSF), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Programa Melhor em Casa, Programa Saúde na Escola (PSE) e Centro de Especialidades Clínicas.

3.5 Amostra

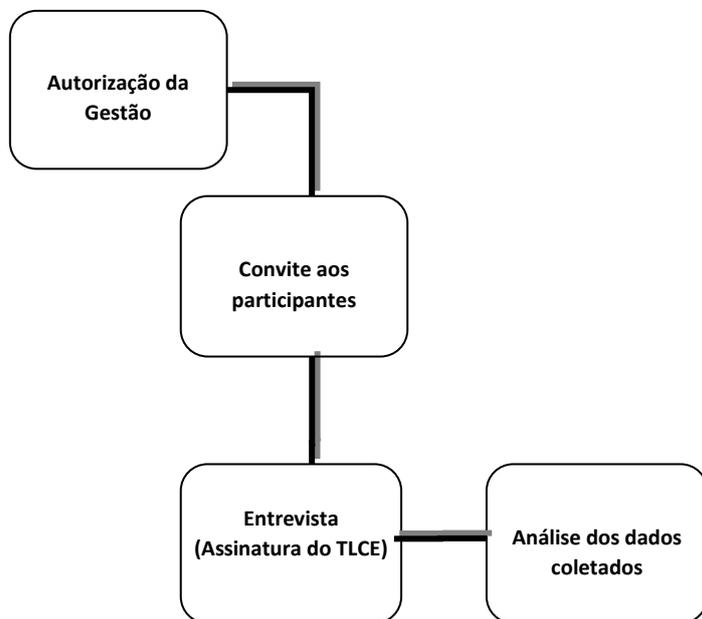
A amostra foi composta por 09 profissionais, visto que 01 deles optou por não continuar no estudo.

3.6 Critérios para seleção dos participantes

Critérios de Inclusão: profissionais que ocupam o cargo de nutricionista da SMS, devidamente regulamentados pelo CRN, que estavam no exercício legal da profissão no período da pesquisa, que realizem atendimento clínico.

Critérios de Exclusão: nutricionistas que estavam de férias, licença ou afastados do trabalho por motivo de saúde.

3.7 Fluxograma de Captação e Acompanhamento dos participantes



3.8 Critérios para descontinuidade do estudo

A pesquisa poderia ser suspensa ou encerrada em situações de greve e manifestação social.

3.9 Condução da pesquisa

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado contendo perguntas disparadoras e cabeçalho contendo questionário com informações referentes ao perfil sociodemográfico dos participantes (Apêndice 1). O material contém informações sobre dados pessoais, profissionais, tipo de atendimento prestado, perfil do paciente que adere e não adere às recomendações dietéticas, abordagem utilizada nas consultas e limitações do tratamento. Os profissionais foram questionados também sobre as formas de comunicação utilizada, estabelecimento de vínculos, técnicas de abordagem, métodos de avaliação, vantagens e desvantagens do

modelo de prescrição utilizado atualmente e satisfação profissional. A possível relação entre sentimentos, emoções e comida também foi investigada.

A entrevista foi realizada em sala fechada e reservada para o estudo na própria SMS, em horários combinados entre pesquisador e participantes. O local possuía iluminação, ventilação e acústica apropriada para a coleta de dados. As falas foram gravadas em aparelho celular, armazenadas no computador e transcritas no Microsoft Word. Antes de ser aplicado, o roteiro de entrevista (Apêndice 1) foi testado com outros profissionais da área que aceitaram receber os pesquisadores em seus consultórios.

3.10 Processamento e análise dos dados

A pesquisa foi dividida em 03 (três) fases de acordo com a proposta a seguir, conforme recomendação de Minayo ^{68,69} :

- 1) Fase Exploratória - tempo dedicado a interrogar sobre os objetos, os pressupostos, as teorias pertinentes ao tema, questões metodológicas e operacionais para levar o trabalho a campo. Para melhor organização das ideias, expressões e elementos da pesquisa as respostas foram agrupadas em 06 seguintes categorias:
1- Exercendo a profissão: área de atuação, público alvo, principais queixas e perfil dos pacientes atendidos; 2- Conceituando comportamento alimentar; 3- Promovendo mudança no comportamento alimentar; 4- Promovendo a adesão do usuário ao tratamento; 5- Tentativas para garantir a eficácia do tratamento; 6- Nível de satisfação quanto ao atendimento aos pacientes.

- 2) Trabalho de Campo – caracterizado pelo contato entre o pesquisador e os participantes, de grande importância exploratória e de construção de teorias, pois fundamenta o recorte empírico de acordo com os fatos surgidos durante a pesquisa de campo.

- 3) Tratamento do material recolhido no campo – marcado pela transcrição das entrevistas, sistematização das leituras de documentos e anotações das observações, de forma clara e objetiva para a análise dos dados que foram construídos a partir dos questionamentos.

Os dados oriundos do questionário sociodemográfico dos participantes (Apêndice 1) foram agrupadas nas categorias pré-estabelecidas na fase exploratória. A análise dos dados foi compreendida em 02 (dois) níveis de interpretação, conforme o método hermenêutico-dialético⁷¹: o primeiro diz respeito ao nível das determinações fundamentais (designadas antes da investigação, representado pelo perfil dos investigados) e o segundo trata-se do nível de encontro com os fatos empíricos (observação de fatos surgidos na investigação) para que dessa forma fosse possível reproduzir um texto considerando: ordenação dos dados (sistematização do que foi transcrito), classificação dos dados (direcionamento dos dados relevantes para as categorias descritas) e análise propriamente dita (articulação entre os dados coletados e o referencial teórico). Tais resultados asseguraram a fidedignidade e validade do conteúdo.

3.11 Aspectos éticos

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP/FPS) e registrado sob o número 3.634.746 (Anexo 1).

A pesquisa está de acordo com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que contempla as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo pelos pesquisadores responsáveis. Todo indivíduo selecionado foi previamente informado sobre a pesquisa e convidado a participar. Aceitando participar, o mesmo recebeu e assinou o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido – TCLE (Apêndice 2), efetivando sua participação formal na investigação. O benefício esperado com a participação nesse estudo, foi o de contribuir, mesmo que indiretamente, no desenvolvimento de ferramentas de base comportamental para auxiliar profissionais nutricionistas no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, que tem como uma das principais causas atualmente a alimentação inadequada. A pesquisa ofereceu riscos mínimos, visto que poderia haver um desconforto ocasionado pelo tempo que foi disponibilizado para o preenchimento do questionário. Além disso, poderia haver algum tipo de constrangimento e/ou sensação de perda de tempo para responder a entrevista, que levou em média 40 minutos. Nos dois casos, foi orientado que os participantes poderiam optar pela descontinuidade das respostas a qualquer momento.

Um dos participantes relatou um certo desconforto ao perceber que a entrevista estava sendo gravada e desejou interromper sua participação. Sendo assim, foi ratificado seu direito de fazê-lo sem nenhum problema.

3.12 Conflito de interesse

Não houve conflitos de interesses para a realização da presente pesquisa por parte do pesquisador responsável ou de seus colaboradores.

VI. RESULTADOS

Os resultados do presente estudo serão apresentados na forma de:

- 1) Artigo científico visando submissão à Revista de Nutrição, seguindo as normas disponíveis no Anexo 2.
- 2) Ebook destinado a nutricionistas (produto técnico).

4.1 Artigo

(Para submissão à Revista de Nutrição)

Qualis: B1/ ISSN 1678-98 65

**NUTRITION AND FOOD BEHAVIOR IN THE MANAGEMENT OF NON-
TRANSMISSIBLE CHRONIC DISEASES**

**NUTRIÇÃO E COMPORTAMENTO ALIMENTAR NO MANEJO DAS
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

AUTORES

Laryssa Santana de Oliveira - Pesquisadora

Mônica Cristina Batista de Melo - Pesquisadora

Laryssa Santana de Oliveira

Nutricionista pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Especialista Nutrição Esportiva e Suplementação Alimentar, Mestranda em Psicologia da Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde. Endereço: Loteamento Monte Carlo; quadra 01, Lote 04; Bairro: Antares; Maceió- Al. Telefone: (82) 99629 0643. E-mail: lanutricionista.s@gmail.com

Mônica Cristina Batista de Melo

Psicóloga pela Universidade Católica de Pernambuco (1989), Especialista em Psicologia Hospitalar, Mestre e Doutora em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP. Pós-doutorado em Ciências da Saúde concluído em 2016, pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Telefone: (81) 999981301. E-mail: monicacbmelo@gmail.com

Categoria: Artigo original

Área temática: Avaliação Psicológica e Promoção das Ações em Saúde

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo compreender, a partir da perspectiva do profissional nutricionista, as estratégias mais utilizadas para orientar e promover mudança de comportamento alimentar em pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Estudo de natureza qualitativa, com amostra constituída por 09 profissionais que atuam na Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira dos Índios. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado contendo perguntas disparadoras e cabeçalho contendo questionário com informações referentes ao perfil sociodemográfico dos participantes. A pesquisa foi dividida em três fases conforme recomendação de Minayo e os dados os foram agrupados em categorias e analisados em dois níveis de interpretação, conforme o método hermenêutico-dialético. As respostas foram digitadas no Word e apresentadas na forma de texto seguida de discussão. Os resultados encontrados forneceram indicativos de que a maioria dos profissionais não utilizam ou não conhecem ferramentas de base comportamental para o manejo do comportamento alimentar. A conduta nutricional mais utilizada ainda é a metodologia prescritiva (dieta), que parece comprometer o sucesso do tratamento a longo prazo. A análise realizada identificou a necessidade da disseminação de protocolos apropriadas à realidade brasileira centradas no manuseio do comportamento e de mais estudos que validem essa prática na abordagem nutricional, especialmente nos pacientes com Doenças Crônicas não Transmissíveis. **Palavras-chave:** Doenças crônicas, comportamento alimentar, saúde pública.

ABSTRACT

The present study aimed to understand, from the perspective of the nutritionist, the most used strategies to guide and promote changes in eating behavior in patients with Chronic Non-Communicable Diseases. Qualitative study, with a sample consisting of 09 professionals working at the Municipal Health Department of Palmeira dos Índios. The instrument used for data collection was a semi-structured interview script containing triggering questions and a header containing a questionnaire with information regarding the participants' sociodemographic profile. The research was divided into three phases as recommended by Minayo and the data were grouped into categories and analyzed at two levels of interpretation, according to the hermeneutic-dialectic method. The answers were typed in Word and presented in the form of text followed by discussion. The results found provided indications that most professionals do not use or do not know behavioral based tools for the management of eating behavior. The most widely used nutritional approach is the prescriptive methodology (diet), which seems to compromise the success of long-term treatment. The analysis carried out identified the need for the dissemination of protocols appropriate to the Brazilian reality focused on handling behavior and for further studies that validate this practice in the nutritional approach, especially in patients with Chronic Non-Communicable Diseases. Keywords: Chronic diseases, eating behavior, public health.

INTRODUÇÃO

A população brasileira vem passando por uma expressiva transição nutricional nas últimas quatro décadas, marcada pela diminuição nos casos de desnutrição e aumento nos casos de excesso de peso e obesidade, problemática multifatorial, cuja etiologia é resultado da interação entre genes, ambiente, estilo de vida e fatores emocionais, tornando o tratamento complexo e a busca por estratégias eficazes para reverter o quadro cada vez maior.¹

Segundo dados da última Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), mais da metade da população brasileira encontra-se acima do peso (55,7%) e a prevalência de obesidade passou de 11,8% em 2006 para 19,8% em 2018. De acordo com esse documento, as complicações associadas ao quadro também avançaram significativamente. No que se refere a população adulta, hoje quase 8% apresenta diabetes e praticamente 30% hipertensão antes de completar 50 anos de idade.^{2,3}

A alteração do padrão de consumo alimentar vem sendo apontada como uma das principais causas da modificação do perfil nutricional desses indivíduos. O consumo de alimentos básicos como grãos, mandioca, frutas e vegetais vem sendo substituído por produtos industrializados. Margarina, embutidos, refrigerantes e alimentos açucarados estão no ranking dos alimentos mais consumidos no Brasil, contribuindo para que a alimentação tenha influência sobre um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade: as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).⁴

De acordo com a OMS, estima-se que nos próximos anos a população com obesidade crescerá se não houver mudanças em prol de um estilo de vida mais saudável e em consequência ambientes menos obesogênicos. Além das comorbidades já mencionadas, também fazem parte do quadro de DCNT mais prevalentes no Brasil câncer e doenças cardiovasculares, doenças cujo tratamento disponibilizado na rede pública de saúde ainda é escasso. Na maior parte das regiões, há baixa disponibilidade de vagas resultando em insatisfação por parte do usuário e superlotação das unidades de saúde.^{4,5}

Contudo, o papel do nutricionista na equipe de saúde tem se mostrado fundamental no enfrentamento dessas doenças, visto que esse é o profissional que tem capacidade para investigar e avaliar o histórico alimentar dos pacientes e suas particularidades, assim como promover a implementação de ações que visem o tratamento adequado em todos os níveis de complexidade.⁶

A abordagem convencional de atendimentos em nutrição possui característica prescritiva, rotula e simplifica o contexto do indivíduo, focando em condutas baseadas em alimentos e nutrientes. Dessa forma, propõe um relacionamento mínimo entre sujeito e nutricionista. Em contrapartida, uma abordagem alternativa, que considera aspectos emocionais, fisiológicos e sociais relacionados ao ato de comer vem sendo amplamente utilizada no Brasil. Trata-se da abordagem comportamental, que se propõe a compreender crenças e sentimentos que o indivíduo identifica em relação aos alimentos no seu contexto de vida e, dessa maneira, promover um atendimento mais humanizado.⁷

Essa abordagem inovadora surgiu com a promessa de tratar a necessidade de pacientes que apresentam transtornos alimentares e/ou dificuldades em seguir dietas padrão ou orientações nutricionais tradicionais. Sendo assim, o tratamento com enfoque no comportamento alimentar vai muito além de saciar a fome. Envolve fatores como as sensações que sentimos quando estamos comendo, o local onde são realizadas as refeições, as circunstâncias externas, o porquê comemos, e até mesmo o significado que determinada comida representa ao longo da vida.⁸

Dessa maneira, o nutricionista pode guiar o paciente, ajudando-o a construir um percurso gradual, tornando viável a execução do planejamento alimentar, considerando suas dificuldades e limitações. Para tal, se utiliza de estratégias já validadas e que podem ser adaptadas conforme a especificidade do caso. São elas: “Comer Intuitivo”, “Escala da fome e saciedade”, “Comer com Atenção Plena”, “Odômetro da fome”, entre outras.^{7,9}

Posto isto, o presente trabalho teve por objetivo compreender, a partir da perspectiva do profissional nutricionista, as estratégias mais utilizadas para orientar e promover mudança de comportamento alimentar em pacientes com DCNT, assim como identificar os motivos que levam o paciente a aderir e a não aderir às recomendações nutricionais, propiciando uma reflexão mais

aprofundada acerca do tema e sugerir, na forma de produto educacional, um ebook para nutricionistas baseado em ferramentas de base comportamental para auxiliar no tratamento desses pacientes.

MÉTODO

Procedimentos adotados

Os procedimentos adotados para o desenvolvimento do estudo foram: seleção dos participantes, convite para entrevista presencial, elaboração e aplicação de questionário semiestruturado com perguntas disparadoras, gravação e transcrição das entrevistas, definição das categorias temáticas, análise do conteúdo e revisão da literatura. Por tratar-se de um estudo qualitativo, destinou-se a compreender os fenômenos estudados (experiências, comportamentos, interações e contextos sociais).

Participantes

Participaram da entrevista 10 nutricionistas que compõe o quadro de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira dos Índios. A amostra foi constituída por 09 profissionais, visto que 01 deles optou por não continuar. Foi realizada a escuta das contribuições de cada participante, visando apurar dados para posterior análise.

Instrumentos

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado contendo perguntas disparadoras e cabeçalho contendo questionário com informações referentes ao perfil sociodemográfico dos participantes. A condução da pesquisa foi dividida em 03 fases conforme a recomendação de Minayo: exploratória (fase marcada pela organização das idéias e questões operacionais do trabalho), trabalho de campo (fase da coleta de dados) e tratamento do material recolhido no campo (fase de transcrição das entrevistas e análise dos dados).¹⁰

As falas foram gravadas em aparelho celular, armazenadas no computador e transcritas no Microsoft Word. As entrevistas foram realizadas em sala fechada e reservada para o estudo. Todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, de acordo com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde e registrado no número 3.634.746.

Análise dos dados

Os dados foram agrupados em 06 categorias e analisados de acordo com o método hermenêutico-dialético, constituído por dois níveis de interpretação: o primeiro foi designado antes da investigação, representado pelo perfil dos investigados e o segundo de acordo com o que foi falado e observado, para dessa forma estabelecer a ordenação dos dados, classificação e análise propriamente dita.¹¹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da entrevista 10 (dez) nutricionistas, todas mulheres, com atuação na Saúde pública e faixa etária entre 25 e 51 anos de idade. A maioria das entrevistadas havia concluído a graduação há mais de 05 anos (66,6%) e em instituições privadas. Conforme o último levantamento realizado pelo Conselho Federal de Nutrição (CFN) em 2019, a maioria dos profissionais regulamentados no Brasil são mulheres (94,1%) de um total de 150.892 profissionais, corroborando com os dados deste estudo.¹²

Em Alagoas, local onde foi realizada a pesquisa, a prevalência de profissionais do sexo feminino é ainda maior (96,5%) de um total de 4.050 nutricionistas.¹³ Pesquisas sobre a profissão justificam a predominância de mulheres em atividades de alimentação e nutrição desde a Segunda Guerra Mundial, onde o ápice da industrialização veio acompanhado da necessidade de controlar a economia doméstica e o cuidado com a saúde da família, atribuição destinada a dona do lar. Com isso, à medida que foram ocorrendo

transformações políticas, econômicas e sociais, a mulher foi ganhando espaço no mercado de trabalho e evoluindo no contexto profissional.^{14,15,16}

No que se refere ao fato de as participantes em geral terem realizado a formação em faculdade privada, um dos fatores que justificam essa escolha é o maior número de vagas e menor concorrência, dados compatíveis com um estudo que analisou as principais potencialidades e desafios de um grupo de formandos em nutrição e detectou que a maioria deles eram provenientes de instituições privadas.¹⁷ Outra pesquisa, realizada em João Pessoa em 2019, que avaliou o perfil de egressos do curso de nutrição, identificou que a flexibilidade de horário das faculdades particulares contribui para a formação daqueles que precisam trabalhar e estudar ao mesmo tempo.¹⁸

Quanto ao nível de formação acadêmica, houve prevalência de profissionais com pós-graduação; 88,8% já tinham concluído pelo menos um curso de especialização e uma parte possuía formação em outra área (22,2%), o que pode ser justificado pelas exigências do mundo moderno, que demanda cada vez mais preparação profissional e, nesse sentido, elas buscam se atualizar para atender os pré-requisitos do mercado de trabalho. Um estudo que avaliou o perfil e a carreira de nutricionistas do Vale da Paraíba, identificou que mais da metade das profissionais apresentaram pelo menos um nível de formação além da graduação, confirmando as análises realizadas.¹⁹

As ferramentas citadas para atualização profissional foram artigos científicos, livros e cursos de capacitação. A maioria relatou sobre a dificuldade de conciliar o trabalho com os estudos (66,6%) e o tempo médio reservado para estudar após o término da graduação foi de 4 horas semanais. Um levantamento bibliográfico realizado em Sorocaba, que avaliou a formação do profissional nutricionista para atuar no SUS, considerou que essa dificuldade faz parte da realidade da maioria dos profissionais de saúde. Nessa pesquisa, o tempo destinado para estudos é variável, porém há a necessidade dos profissionais de se manterem atualizados.⁶

Os resultados oriundos das falas das participantes foram agrupados em seis categorias. A análise de cada uma das categorias será descrita a seguir:

1. Exercendo a profissão: área de atuação, público alvo, principais queixas e perfil dos pacientes atendidos

O grupo estudado demonstrou ter experiência em diversas áreas de atuação, que compreende desde o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) até clínicas especializadas. A diversidade da prática profissional é possível ser identificada nas seguintes falas:

Já trabalhei em nutrição clínica e saúde pública, porém agora atuo apenas na saúde pública (P1)

Academia da Saúde e NASF (P3)

CAPS e Centro de especialidades clínicas (P4)

Embora alguns participantes atuem na área, a inserção do nutricionista na rede básica de saúde ainda é escassa, sendo sua grande maioria alocados em hospitais, indústria de alimentos, serviços de alimentação coletiva e clínicas. Em uma investigação realizada numa Unidade Básica de Saúde (UBS) em 2016, em Aracaju- SE, a fim de avaliar a inclusão do nutricionista no serviço e a percepção da sua importância a partir da visão de colegas de trabalho, detectou que a função do nutricionista ainda é exercida por outros profissionais, como médicos, enfermeiros e agentes de saúde.²⁰

Outro estudo realizado em Brasília-DF, em 2020, a fim de avaliar ações de alimentação e nutrição na atenção primária a saúde, mostrou que além da profissão ser consideravelmente nova quando comparada com outras áreas da saúde, a remuneração é um dos fatores decisivos na escolha da área de atuação, visto que o nutricionista do SUS recebe abaixo da média salarial por uma jornada maior de trabalho.²¹

Quanto ao perfil clínico dos pacientes atendidos, foram citados pacientes com excesso de peso, hipertensão arterial, diabetes, alergias alimentares, doenças cardiovasculares e comorbidades associadas, como é possível perceber nas falas abaixo:

Pacientes obesos, em cuidados paliativos, onde a família geralmente nos procura para melhorar ou manter o estado nutricional dele no domicílio (P2)

Indivíduos portadores de crônicas, como: obesidade, diabetes, hipertensão, dislipidemias e doenças do coração (P5)

Adolescentes e adultos com muitas alergias alimentares, idosos hipertensos e diabéticos (P6)

No que se refere as demandas de sobrepeso com comorbidades associadas, um achado destacou que pela obesidade ser o agravo que mais acomete a população no Brasil é necessário realizar uma intervenção precoce, anterior ao diagnóstico de outras doenças.²² É sabido que a transição nutricional acelera cada vez mais processo de adoecimento, sendo assim a mudança no padrão alimentar constitui uma das principais estratégias de tratamento para os pacientes em questão e participação do nutricionista é indispensável para evitar o agravamento do quadro.²⁰

Entre as principais queixas citadas pelos pacientes com DCNT estão: indisposição, excesso de peso, constipação, glicemia descontrolada e hipertensão arterial. Aspectos relacionados a aparência física e fatores emocionais também foram constatados. Esses achados podem ser evidenciados nas seguintes falas:

Pressão alta e prisão de ventre (P7)

Gordura abdominal e falta de disposição.
Intestino irregular e dor de cabeça (P8)

Não consigo controlar a vontade de comer doce, sou muito ansiosa, descontro na comida (P9)

Uma pesquisa realizada em Maceió em 2016, que avaliou a implantação e o desenvolvimento de um programa de incentivo a hábitos saudáveis para hipertensos e diabéticos de uma Unidade de Saúde da Família identificou queixas semelhantes a do presente estudo, como acúmulo de gordura corporal, cansaço e dor de cabeça.²³ Ademais, os resultados de uma revisão de literatura sobre hábitos saudáveis, sinalizaram que os sinais e sintomas provenientes da alimentação inadequada acomete principalmente as mulheres, corroborando com os dados em questão, fato que gera maior procura por parte desse público nos postos de atendimento, independente de idade, classe social e renda.²⁴

2. Conceituando comportamento alimentar na perspectiva do profissional e do paciente

Por meio das falas das participantes identificou-se que o comportamento alimentar é visto como o conjunto de hábitos que reflete a história de vida do indivíduo, permite ao paciente entender dificuldades e limitações e a partir daí desenvolver novas condutas e diz respeito a forma de se conectar com as escolhas alimentares, como pode ser visto logo abaixo:

Área bem ampla que permite entender limitações e dificuldades do paciente para desenvolver novas condutas. Diz respeito também a forma de como eles se comportam perante a diversos contextos alimentares na rua, em casa, no ambiente de trabalho (P3)

Está relacionado a história de vida do paciente. Porta chave identificada na triagem que mais dificulta a mudança de hábitos (P5)

Forma com que nós, seres humanos, nos conectamos com o alimento e a relação que desenvolvemos perante a ele (P7)

A importância de perceber que a relação do ser humano com a comida pode variar é unânime entre os profissionais investigados, porém é preciso tratar esses fatores como primordiais no atendimento. Um estudo realizado em 2019,

constatou que apesar dos participantes adquirirem alto conhecimento nutricional, esse conhecimento não é suficiente para modificar seus comportamentos frente a comida.²⁵ Essa realidade também se faz presente na rotina do grupo estudado, visto que existem aspectos que precisam ser redirecionados, como por exemplo a forma fragmentada no qual o paciente é visto, priorizando o tratamento do organismo, esquecendo da singularidade de quem mora ali.

Diante disso, é possível refletir sobre a possível contraindicação da metodologia prescritiva, cujo enfoque se direciona para nutrientes, propondo um relacionamento mínimo entre paciente e profissional chegando a resultar no abandono do tratamento nutricional pelo paciente, pois esse método pode interferir diretamente na motivação do sujeito e no sucesso do tratamento.⁷

Sobre o entendimento que os pacientes têm sobre comportamento alimentar, verificou-se certa incompreensão sobre o assunto mesmo quando associam a interação entre corpo e mente. A maioria entende comportamento alimentar como dieta e essa com resultados milagrosos ou insistem em classificar os alimentos como permitidos e proibidos, como pode ser visualizado a seguir:

Eles não têm noção, querem resolver tudo rápido e estão sempre em busca de resultados milagrosos... (P1)

A maioria não tem entendimento, só pensam no que é permitido ou proibido comer (P4)

Que é a conexão entre corpo e mente, elas as vezes falam isso, mas não entendem. (P8)

Observando as falas, nos parece que, a busca por resultados rápidos aumenta o grau de julgamento sobre os alimentos e faz o paciente se desconectar mais ainda com a sua realidade atual. Uma revisão bibliográfica sobre determinantes do comportamento alimentar evidenciou que é muito mais difícil passar por um processo de transformação gradual do que adquirir resultados imediatos. Com disso, a prática de novos e pequenos hábitos parece

eficaz porque ajuda a descobrir quais atitudes estão funcionando ou não e a partir disso é possível trabalhar em cima delas.²⁶

3. Promovendo mudanças no comportamento alimentar

O grupo estudado relatou que existe muita resistência por parte dos pacientes em modificar comportamentos alimentares devido à dificuldade em romper com padrões de funcionamento já estabelecidos, crenças e hábitos que estão arraigados a rotina e alguns modificam o comportamento movidos pelo sentimento de medo da doença e da morte, como mostra as falas abaixo:

Eles têm dificuldade de mudar a rotina, acreditam que vai dá trabalho, que não vão conseguir, resistem e desistem (P2)

Os que já estão no grupo de risco sabem que ou melhoram ou morrem pela boca. Eles ficam com medo e esse medo o fazem mudar. (P6)

Dá trabalho e nem todo mundo está disposto a isso, é necessário trabalhar o comportamento alimentar. (P9)

Para alguns autores, o comportamento alimentar reflete o conhecimento adquirido ao longo da vida sobre comida e seu valor afetivo, não apenas fisiológico. No entanto, no período da doença o indivíduo é motivado por uma necessidade específica - por exemplo: comer menos sal para controlar a pressão ou comer menos açúcar para controlar a glicemia. Contudo, esses aprendizados são suficientes para promover mudanças no comportamento. O que parece acontecer é um certo controle temporário quanto ao consumo de determinados alimentos movido pelo medo da doença.^{27,28,29}

No que diz respeito a média de tempo referida para identificar a presença de um novo comportamento, verificou-se que é uma questão muito individual (caso a caso). Enquanto alguns usuários têm facilidade de aprender outros levam mais tempo. As principais estratégias utilizadas para promover

manutenção desses comportamentos estão relacionadas com a prática da educação nutricional, como pode ser identificado nas falas abaixo:

Mostrando os benefícios e fazendo ele sentir o impacto de uma boa alimentação na sua vida. Com pequenas trocas, dicas, ajustes qualitativos. (P1)

Educando nutricionalmente de acordo com as preferências alimentares, paladar e nível de consciência alimentar de cada um (P5)

Mostrar que comer bem é mais que fazer uma dieta, que não é necessário restringir, o ideal é desenvolver uma relação amigável com a comida. (P8)

A educação em saúde se mostra como uma estratégia favorável no enfrentamento dos agravos e na sua determinação, como mostra um levantamento bibliográfico realizado no Rio Grande do Sul, em 2017, onde o autor retrata que ações de educação em saúde devem estar vinculadas ao fortalecimento da prevenção e promoção, contemplando o diagnóstico e a detecção das doenças, desde o primeiro nível de atenção ao paciente, elementos que ainda são considerados desafiadores para o sistema de saúde.³⁰ Contudo, parece que mais importante que dizer o que deve ser feito através dessas ações, é mostrar como fazer e manter os hábitos adquiridos a longo prazo.

As campanhas de saúde e a mídia digital também podem ser facilitadoras para a construção de novos comportamentos alimentares. O grupo estudado acredita que pode ser uma estratégia válida para a disseminação dos bons hábitos quando o conteúdo é produzido e propagado por profissionais de saúde. Tais relatos podem ser visualizados nas seguintes falas:

Acredito que é válido quando as propagandas são bem colocadas e com a linguagem adequada para os diferentes públicos. (P2)

Funciona bem, principalmente se tiver algum profissional de saúde bem posicionado na mídia (P5)

Uma campanha bem preparada pode influenciar de forma positiva na prevenção e promoção da saúde, inclusive quando são elaboradas por profissionais éticos. (P7)

Um levantamento bibliográfico que objetivou analisar medidas de prevenção e controle de agravos a saúde, mostrou que uma das estratégias utilizadas para o desenvolvimento de programas efetivos de marketing no ramo saúde é a parceria com profissionais da área, visando influenciar positivamente o comportamento do público-alvo, proporcionando segurança e bem-estar.³¹ Dessa forma, o marketing se mostra relevante na elaboração de serviços e campanhas de qualidade, pois é fator determinante para a comunicação e informação adequada do conteúdo.

4 Promovendo a adesão ao tratamento

A dificuldade em manter a adesão ao tratamento foi associada à incapacidade de seguir uma dieta, devido ao seu caráter restritivo. Em contrapartida, quando a adesão é satisfatória, é possível identificar melhorias como regulação de exames e redução de peso. O aspecto financeiro do paciente foi citado como um dos fatores determinantes para o sucesso do tratamento, quanto maior a renda melhor a qualidade de vida e escolhas alimentares. A relação entre sexo do paciente e adesão também foi observada (mulheres parecem aderir mais ao tratamento). Quanto ao grau de escolaridade, quanto maior melhor o resultado da intervenção, como pode ser observado a seguir:

Os que aderem geralmente têm um nível de escolaridade maior, tem condições de

comprar os alimentos e o interesse parte de si. Melhoram exames e perdem peso rápido (P4)

Aqui as mulheres aderem mais. Homens vêm praticamente forçado ou quando já tem um problema grave. Referem que não querem passar fome, porque a dieta é restrita demais. (P6)

Os que têm condições tem boa adesão e melhoria na qualidade de vida. Os demais não têm condições de comprar os alimentos e muitas as vezes pioram o quadro. (P9)

Tratando-se de dietas restritivas, sabe-se que a maioria dos profissionais acabam insistindo em utilizar esse modelo de conduta, como foi evidenciado numa revisão sistemática realizada, que comparou intervenções de mais de 200 nutricionistas no Brasil nos últimos 10 anos e detectou que o modelo prescritivo (dieta) ainda é o mais praticado, o que parece distanciar o paciente dos seus reais objetivos e aumentar o índice de abandono do tratamento.³²

Embora estudos em países desenvolvidos,^{33,34,35} revelarem que a influência da renda sobre o consumo de alimentar é bastante pequena, tal fato não ocorre no Brasil. Provavelmente, nenhum outro fator isolado tem tanta influência sobre o estado nutricional de uma população como um todo, quanto a renda, fato que pode ser comprovado pelo índice de pacientes desnutridos, que são geralmente provenientes de famílias com rendas mais baixas.³⁶

A não adesão ao tratamento está influenciada também pelo sexo e grau de escolaridade do indivíduo. Uma pesquisa realizado em 2018, que avaliou a adesão ao tratamento nutricional de pacientes com DCTN numa clínica na cidade de Santa Maria- RS, identificou que quanto menor o grau de escolaridade do paciente, maior é a aquisição de alimentos mais calóricos, pobres em micronutrientes e fibras. Pelo contrário, os que tem grau de escolaridade maior

geralmente fazem escolhas alimentares mais conscientes e mostram maior interesse na adesão, como no estudo atual.³⁷

A busca por um corpo magro, com controle alimentar é o fator mais significativo para as mulheres aderirem melhor as recomendações quando comparadas aos homens, conforme mostrou um estudo realizado em São Paulo, em 2017, que avaliou a motivação para aderir as recomendações nutricionais de pacientes de uma clínica escola de nutrição e detectou que mulheres adultas são mais disciplinadas nos cuidados com a saúde, justamente porque tem medo de adoecer e/ou engordar, corroborando com os resultados mencionados.³⁸

Para o grupo investigado, o desenvolvimento de comportamentos saudáveis pode ser influenciado pelas crenças relacionadas a saúde, que muitas vezes tornam o paciente resistente ao tratamento. As orientações nutricionais parecem competir com os aprendizados adquiridos da família (rituais culturais) e são considerados verdade absoluta, como pode ser ilustrado a seguir:

Eles chegam com crenças antigas e para desmistificar é um trabalho. Se acreditarem que um alimento faz mal, mesmo eu falando que não faz não vai comer de jeito nenhum. (P1)

Eles ficam resistentes. Muitas vezes pelo aprendizado adquirido na família e ficam duvidosos quando ao que é imposto pelo profissional. (P2)

Acredito que gera muita confusão na cabeça do paciente e o leque de opções fica menor por uma crença criada por ele mesmo. (P7)

De acordo com a teoria da crença em saúde, existem quatro pilares básicos que representam a motivação para mudar um comportamento. são: susceptibilidade percebida (quando o indivíduo percebe que pode desenvolver um problema de saúde); gravidade (quando o indivíduo identifica os riscos ocasionados pela doença); benefícios (quando o indivíduo percebe que tal ação

vai favorecer a melhora do seu estado de saúde); barreiras (quando o indivíduo encontra obstáculos para aderir a um novo hábito). Dessa forma, entendendo sobre o poder dessas crenças, a conduta nutricional deve levar em consideração a promoção da ressignificação dos saberes que impedem o sucesso do tratamento.⁷

A qualidade do atendimento prestado, assim como a atenção integral no processo de cuidar são assegurados pela adequada a comunicação com o paciente, acolhimento desde a triagem, utilização de uma linguagem que aproxime o paciente e seus familiares do profissional e empatia. Estabelecer um diálogo acolhedor é essencial para garantia da evolução, como é possível observar nas falas descritas a seguir:

O diálogo é fundamental para gerar empatia e ter sucesso no tratamento. Devemos ter uma linguagem que se aproxime do paciente e seus familiares para que todos se sintam confortáveis. (P3)

Ter empatia pelo paciente. Entender o que ele está passando e as dificuldades e limitações pessoais e familiares. (P5)

Desde a recepção, triagem, o paciente precisa se sentir acolhido para ganhar confiança na gente. O cuidado deve ser integral. (P8)

Uma pesquisa que avaliou a eficácia de uma ferramenta de comunicação sob a ótica de nutricionistas inseridos numa plataforma de atendimentos defendeu tais resultados ao concluir que a forma de comunicação deve ser alinhada desde o primeiro contato com o paciente, pois essa prática irá auxiliá-lo na construção de novas habilidades e compreensão de conceitos mais complexos de saúde e nutrição.³⁹ Assim, percebe-se que a forma como paciente é tratado interfere diretamente na sua evolução.

Quanto às falas das participantes referentes ao cuidado com os usuários e a promoção da saúde como fator facilitador do bom atendimento e do cuidado integral do indivíduo, foi notado que na atenção básica, enquanto porta de entrada do SUS e serviço mais próximo da população, é comum atividades de educação em saúde no âmbito individual e coletivo. Estudos já realizados sinalizam que essa prática aumenta a autonomia e fortalece a relação entre profissionais e pacientes, assim como possibilitam maior empoderamento e liberdade, evitando sobrecarga nos setores de média e alta complexidade.^{40,41,42}

5. Tentando garantir a eficácia do tratamento

Quando interrogados sobre o domínio de alguma ferramenta de base comportamental para promover a educação nutricional nos pacientes com DCNT, a maioria dos participantes do estudo alegou não conhecer ou não utilizar, porém demonstraram interesse sobre o assunto, ressaltando que tais ferramentas poderiam, inclusive, melhorar a relação com o paciente, como pode ser percebido nas falas abaixo:

Não, nunca usei, nem conheço. Só ouvi falar, mas é tudo muito novo, ainda não tive contato. (P4)

Não conheço, mas seria bom tanto para nós quando para os pacientes. Acredito que poderia melhorar nossa relação. (P6)

Aqui não usamos. Mas acredito que deve ser interessante. Não conheço, mas se tiver, quero saber. (P9)

Uma das ferramentas mais utilizadas chama-se *Mindfulness* ou *Mindful eating*, que em português significa “atenção plena ao comer” na qual preserva a conexão do indivíduo com seu interior, ritmo de mastigação e apreciação do alimento.⁴³ Uma pesquisa realizada com mulheres com excesso de peso, mostrou que essa prática contribui para o autoconhecimento do corpo em resposta a situações onde o sujeito é exposto a comida, e numa comparação

realizada entre parâmetros de Índice de Massa Corporal (IMC), ritmo de mastigação e hábitos inadequados entre um grupo que recebeu sessões de *mindfulness* e um grupo controle foi detectado que houve redução do IMC, ritmo de mastigação e de hábitos inadequados no primeiro grupo.⁴⁴Vale ressaltar que, o efeito dessa técnica vai além de simplesmente comer devagar, uma vez que a mesma induz o sujeito a prestar atenção no que está comendo.

Outra técnica que também pode ser utilizada na prática profissional do nutricionista é a Entrevista Motivacional (EM), que tem como objetivo descobrir as reais motivações do indivíduo para que ocorra a mudança (exemplo: melhorar a dor na coluna, controlar a diabetes, dormir melhor). Na entrevista, o paciente é guiado para as escolhas de comportamento que deseja mudar (ex: prática de exercícios físicos, preparar a própria refeição, etc). Trata-se de uma conversa que se afasta do estilo tradicional de consulta, em que o profissional direciona o paciente para declarações auto motivacionais, verificando sua prontidão para a mudança e gerando autonomia nas escolhas.⁴⁵

O Comer Intuitivo (CI) ou Intuitive Eating também é uma abordagem que vem sendo bastante disseminada na nutrição comportamental. Baseia-se em passar evidências, ensinando as pessoas a terem uma boa relação com a comida, conhecendo seu próprio corpo. Tem como objetivo, fazer com que o indivíduo possua uma verdadeira sintonia com a comida, mente e corpo. São três os pilares dessa abordagem: permissão incondicional para comer; comer para entender as necessidades fisiológicas e não emocionais e apoiar-se nos sinais internos de fome e saciedade para determinar o que, quanto e quando comer.⁴⁶

Algumas pesquisas mostram que a capacidade de sintonia entre mente e corpo fornece ao indivíduo um mecanismo para identificar suas necessidades, por exemplo: sonolência, bexiga cheia ou fome, ou seja, o corpo envia mensagens de acordo com as necessidades fisiológicas e psicológicas.^{46,47,48} Então, quando há regras, como fazer uma dieta, há uma confusão entre o indivíduo e seus sinais orgânicos.

Por fim, ferramentas que avaliam o quesito fome e saciedade vem se mostrando interessante para planejar a rotina de alimentação. Nessa prática, é importante deixar o paciente consciente de não chegar ao estágio de faminto, e

o acesso à comida tem que estar possível para atender a fome quando assim acontecer. Alguns exercícios podem ser aplicados para percepção da fome, como por exemplo, o Odômetro da Fome (Figura 1), em que o paciente identifica sua fome e saciedade, que são inversamente proporcionais, ou seja, quando estamos com zero de fome, a saciedade se aproxima de dez, e vice-versa.⁷

Há um complexo sistema de valores, símbolos e significados que estão associados à dimensão do comer. Para os participantes do estudo, a alimentação vai além da ingestão de nutrientes e não deve ser vista apenas pelo contexto biológico. Alternativas como adequar a rotina alimentar ao paladar do indivíduo, construção do plano de tratamento junto ao paciente, atividades em grupos e trabalho psicoeducativo com psicólogos estão entre as ferramentas utilizadas para garantir a eficácia do tratamento, como foi descrito nas falas abaixo:

Tento deixar a rotina o mais confortável para o paciente. Adequo a rotina alimentar ao paladar do paciente e construo o plano de tratamento junto com ele (P2)

Entrego orientações, cronogramas, manuais, faço atividades em grupo, trabalho psicoeducativo junto com psicólogo, sugiro receitas ou plano qualitativo. (P3)

Só uso dietas em casos extremos. Ajusto os hábitos inadequados, trabalhando com atividades que faz eles pensarem... (P7)

Um estudo realizado em Maceió, em 2017, que avaliou a prática interdisciplinar no desenvolvimento de um grupo de pacientes com DCNT mostrou que esse modelo de intervenção pode produzir bons resultados, tanto na prevenção de agravos, quanto na recuperação e manutenção da saúde, reafirmando a importância do cuidado integrado e do entrelace entre os saberes.²³

Apesar de serem amplamente utilizadas, estratégias de educação nutricional isoladas nem sempre trazem resultados positivos, assim como mostra

uma revisão bibliográfica realizada para avaliar o impacto das orientações nutricionais por meio de materiais didáticos na morbimortalidade de indivíduos com DCNT.⁴⁹ De acordo com esse levantamento, verificou-se que tais materiais não promovem mudança de comportamento e conseqüentemente redução nos índices de morbimortalidade. Dessa forma, parece que mesmo sendo considerados atrativos, os materiais não são aplicáveis a todos os objetivos e necessidades.

6. Nível de satisfação quanto ao atendimento aos pacientes

No que se refere ao nível de satisfação dos atendimentos prestados, as participantes do estudo destacaram que apesar de ser um desafio diário, trabalhar no SUS é gratificante pela oportunidade de vivenciar as mudanças positivas naqueles que são beneficiados pelo seu trabalho, como pode ser identificado nas falas a seguir:

É uma satisfação enorme em poder ajudar.
Me sinto realizada. (P4)

...Gosto muito do meu trabalho e acho que
presto um bom serviço. (P6)

Me sinto bem, acho que a mensagem é
passada conforme o esperado. (P8)

Os achados coincidem com duas pesquisas que avaliaram ações de alimentação e nutrição no âmbito do SUS e identificaram que o nível de satisfação por parte dos profissionais é considerado alto e esse fato se dá pela possibilidade de promover acolhimento aos pacientes e praticar saúde através de gestos simples e transformadores, o que pode ser reforçado pelas falas a cima.^{50,51}

Quando se trata das principais dificuldades e limitações encontradas para o desempenho da função, foi destacado a escassez de recursos materiais e estruturais para os atendimentos, condições financeiras dos pacientes, nível de escolaridade e resistência ao tipo de abordagem utilizado nas consultas, como pode-se perceber nas falas abaixo:

A gestão muitas vezes não dar o apoio que precisamos e assim o trabalho fica comprometido. Não há dispositivos suficientes para todos os pacientes nem estrutura física para atender (P1)

Condição financeira do paciente, moradia, as vezes falta até saneamento, falta de compreensão da família, nível de escolaridade. (P5)

Muitos ficam resistentes, querem ir só para pegar o cardápio e não dão valor ao principal, que é o pós consulta. A maioria dos casos é solucionada com educação nutricional. (P9)

A falta de capacitação profissional, bem como estrutura para a realização de atividades educativas, associados a atuação desordenada da gestão, expressa uma sequência de impactos negativos sobre a realidade do SUS de diversos municípios brasileiros.^{18,19,25,29} Um dos autores estudados destacou que os gestores não podem privilegiar apenas as consultas médicas, o foco dos investimentos deve ser a favor de todas as atividades de educação em saúde, principalmente no que diz respeito a nutrição, pois previne doenças e evita gastos com hospitais e medicamentos.⁵²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados fornecem indicativos que possibilitaram a reflexão em torno da prática alimentar considerando as influências comportamentais unidas ao contexto de vida do indivíduo, denotando o caráter simbólico da comida e seu papel na trajetória de cada um, adicionando subjetividade e afetividade à esta forma de nutrição. Assim, adentra-se à perspectiva de um sujeito que influencia e é influenciado pelo meio ao qual pertence, reproduzindo e modificando padrões de aprendizado. Além disso, a historicidade e os modelos socioeconômicos devem ser considerados como formas de influência na construção deste comportamento.

A visualização dos resultados deste estudo reflete a necessidade de um processo não apenas de tratamento quando se pensa em DCNT, mas também intervenções de caráter preventivo junto aos sujeitos e a equipe de saúde.

Apesar dos achados apresentados, o estudo expressa a necessidade da realização de uma validação experimental que possibilite a maior visualização das correlações entre as respostas obtidas. O fato dos pacientes não terem sido avaliados pode representar uma limitação da pesquisa. A recomendação para estudos futuros seria avaliar a disseminação de ferramentas de base comportamental já utilizadas no Brasil e sua aplicabilidade.

A importância conferida a esse estudo está associada ao crescente número de casos sobrepeso e obesidade, assim como outras complicações de saúde que tem como um dos principais fatores de risco a má alimentação.

REFERÊNCIAS

1. Faustino-Silva D, Jung D, Porta, L. Abordagem comportamental como estratégia para o tratamento da obesidade na atenção primária a saúde. Revista da rede de pesquisa em atenção primária a saúde. 2019; 01 (03): 189-197.
2. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2018. Available from: <http://portalms.saude.gov.br/o-ministro/938-saude-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/17908-o-que-e-o-vigitel>.
3. ABESO. Diretrizes brasileiras de obesidade. São Paulo; 2016 ;4ª edição. Available from: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>.
4. Organização Mundial da Saúde – OMS. Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. Geneva: WHO, 2017. Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_trs_916.pdf.
5. Lima et al. Elementos que influenciam o acesso a atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde de Recife. Revista de Saúde Coletiva; 2015; 25 (02): 635-656.
6. Recine E, Alves K, Monego E, Sugai A, Melo A. Formação profissional para o SUS: análise de reformas curriculares em cursos de graduação em nutrição. Sorocaba, SP. 2018; 23 (03): 679-697.
7. Alvarenga et al. Nutrição Comportamental. 2a ed. Barueri – SP. Editora Manole, 2019.
8. Silva B, Martins, E. MindfulEating na Nutrição Comportamental. Revista Científica – Univiçosa. 2017; 9 (1).
9. FERREIRA. Talita Dantas. Transtornos Alimentares: principais sintomas e características psíquicas. Uninga. 2018; 55 (02): 169-176.

10. Minayo MC. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; 1996.
11. Minayo MC. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In M. S. S., Minayo MCS, & Deslandes, S. (Orgs.). Caminhos do Pensamento – Epistemologia e Método. Rio de Janeiro; 2002.
12. Conselho Federal de Nutricionistas. Available from: <https://www.cfn.org.br/>
13. Conselho Regional de Nutrição. Available from: <https://www.crn6.org.br/>
14. Recine E, Carvalho M, Lesão M. Conselho Federal de Nutricionistas. O papel do Nutricionista na atenção primária à saúde. Brasília; 2015.
15. Gabriel et al. Mercado de Trabalho do Nutricionista: 80 anos de história. Revista de Nutrição. 2019; 32 (4): 162-180.
16. Soares et al. Gênero e Formação profissional: considerações acerca do papel feminino na construção da carreira de nutricionista. Rev de alimentação, nutrição e saúde. 2016; 11(3): 773-788.
17. Vieira VB, Teo CR, Ferreti F. Potencialidades e desafios no processo de formação de nutricionistas. Revista do Centro de Ciências da Educação. 2018; 36 (01): 308-329.
18. Mamute LO. Perfil de Estudantes do Curso de Nutrição de uma capital metropolitana. Revista Ciência e Saúde. 2016; 16 (02): 40-61.
19. Soar C, Silva C. Perfil e Carreira de egressos de Nutrição na região do Vale do Paraíba. Demetra: food, nutrition & health. São Paulo. 2017; 12(4); 1013-1029.
20. Tavares et al. A importância da Inserção do Nutricionista na unidade básica de saúde: percepção dos profissionais de saúde. Revista E-ciências. 2016; 04 (01): 89-98.
21. Bortolini et al. Ações de Alimentação e Nutrição na atenção primária a saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica; 2014.
22. Pimentel et al. Alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família em cinco municípios brasileiros. Ver Ciência & Saúde Coletiva, 2016; 19 (01): p. 49-57.
23. Bibiano et al. A prática interdisciplinar na implantação e desenvolvimento de um grupo de hipertensos e diabéticos de Maceió-

- AL: relato de experiência. Revista de Extensão da UFMG. 2016; 4 (2): 172-178.
24. Miotto, et al. LifeStyle Journal, São Paulo. Vol. 6, n. 2, p. 39-50, 2019.
 25. BENTO, K. et al. Transtornos alimentares, imagem corporal e estado nutricional em universitárias de Petrolina-PE. Revista Brasileira de ciências saúde. 2019; 20 (3): 197-202.
 26. Freire M, Nascimento E. Padrão de Consumo alimentar: um estudo acerca dos hábitos alimentares. Revista Saúde. 2018; 12. (4).
 27. Biagio L, Moreira P e Amaral C. Comportamento Alimentar em obesos e sua correlação com o tratamento nutricional. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2020.
 28. Santos et al. Avaliação do comportamento alimentar: desenvolvimento e aceitabilidade de uma nova abordagem. Rev. Nutrição Brasil. 2019; 18(2):102-112.
 29. BANDEIRA Y, et.al. Avaliação da imagem corporal de estudantes do curso de nutrição de um centro universitário particular de Fortaleza. Jornal brasileiro psiquiatria. 2016; 65 (2): 68-173.
 30. Vieira M, Matias K, Queiroz M. Práticas de Educação em Saúde por nutricionistas. Investigação Qualitativa em Saúde. 2018; 14 (03): 34-69.
 31. Centers for Disease Control and Prevention. What is health marketing? Fevereiro, 2014. Available from: www.cdc.gov/healthcommunication/toolstemplates/whatishm.html.
 32. Mercedes et al. Adesão às orientações nutricionais: uma revisão de literatura a partir do olhar do nutricionista. Revista de Alimentação, Nutrição e Saúde. 2017;12(1): 249-274.
 33. Carneiro IR, Medeiros MS. Influência do poder aquisitivo em um grupo de emagrecimento e reeducação alimentar: Rev Cient Esc Est Saúde Pública Cândido Santiago. 2019; 5(2): 36-50.
 34. Thomaz B, et al. Ultra-processed foods and the nutritional dietary in Obesity. R Clin Nutrition. 2019; 48(1): 90-96.
 35. Caty M, et al From the strategic concept of food security to the action plan to fight hunger. J Consult Clin Psychol. 2019; 87(1): 119-130.

36. Bento I, Esteves J. Alimentação saudável e dificuldades para torná-la uma realidade: percepções de profissionais e pacientes de uma rede de atenção primária. Rio de Janeiro, Brasil, 2015.
37. Correia J, et al. A influência da escolaridade na percepção sobre alimentos considerados saudáveis numa clínica de Santa Maria-RS. Rev de Educação em Saúde. 2016; 9(2): 07-22.
38. Soares et al. Por que obesos abandonam o planejamento nutricional em uma clínica escola de nutrição? Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo; 2017;11 (66): 368-375.
39. Kessler, et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Revista de Epidemiol. Serv. Saúde. São Paulo; 2018; 27 (2): 204-228.
40. Silva B.; Martins, E. Vivências de profissionais de saúde em clínicas especializadas do SUS. Revista Científica – Univiçosa; 2017; 9 (1).
41. Fettermann FA et al. VER-SUS Influências na formação e atuação do enfermeiro. Rev Bras Enferm [Publicada na Internet]. 2018; 71(6): 2922-9.
42. Bulgarelli, et al. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde. Rev Comum., saúde e educação. Vol. 6.2015 São Paulo.
43. Daly P, et al. A mindful eating intervention: A theory-guided randomized anti-obesity feasibility study with adolescent Latin females. Complement The Med. 2016; 28: 22-8.
44. Almeida CA, Assumpção A. A eficácia do Mindful eating para transtornos alimentares e obesidade: revisão sistemática. Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas; 2018; 3 (6): 09-31.
45. Schenepfer R, Richard A, Wilhelm FH, Blechert J. A combined mindfulness-prolonged chewing intervention reduces body weight, food craving, and emotional eating. J Consult Clin Psychol. 2019; 87(1): 106-111.
46. Almeida C, Furtado C. Comer Intuitivo. Rev. UNILUS Ensino e Pesquisa. 2017; 14 (37).
47. Bilici et al. Alimentação intuitiva na juventude: sua relação com o estado nutricional. Revista de Nutrição- Campinas. 2019; 31 (6).

48. Burgess et al. Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis. 2017; (1): 105-14.
49. Estrela et al. Adesão às orientações nutricionais: uma revisão de literatura. Demetra: Alimentação, Nutrição e Saúde. 2017; 12(1): 249-274.
50. Resende M, Silva G, Teixeira J. O sentido de trabalhar na saúde pública: representações sociais de gestores e trabalhadores no Sistema Único de Saúde. Rev Med Minas Gerais; 2018; 28 (4).
51. Carvalho et al. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na atenção básica de saúde no Brasil. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2018; 23 (01).
52. Dalmolin et al. Prazer e sofrimento de trabalhadores da atenção primária à saúde no Brasil. Revista Cuidar-te; 2017; 11 (01).

LISTA DE SIGLAS DO ARTIGO

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CRN- Conselho Regional de Nutrição

CNS- Conselho Nacional de Saúde

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM – Diabetes Mellitus

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IMC – Índice de massa corporal

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PA- Pressão Arterial

PSE- Programa Saúde na Escola

PSF- Programa Saúde da Família

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SN – Suporte Nutricional

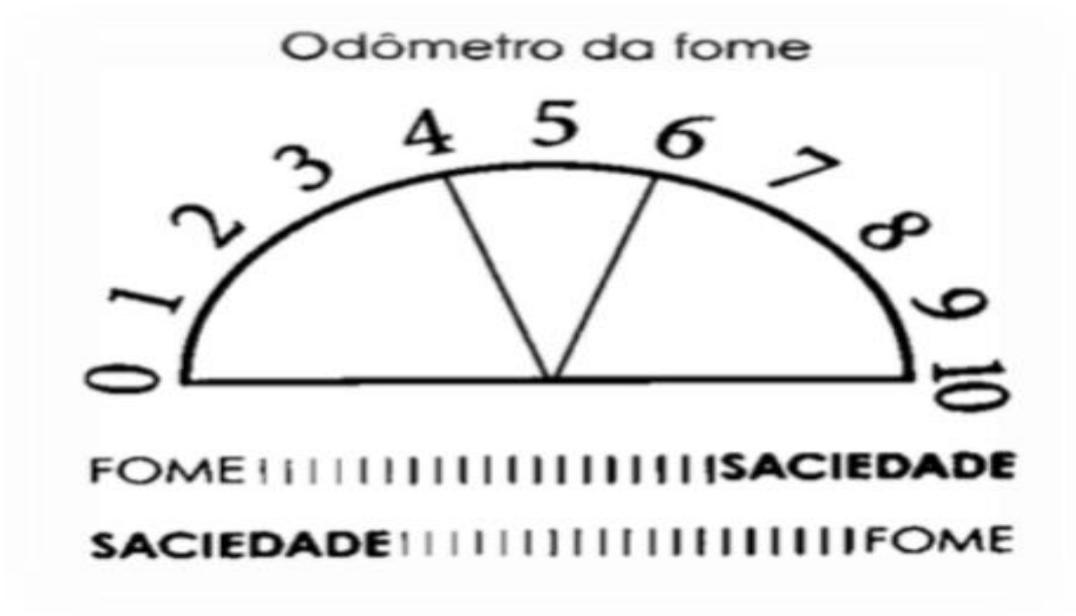
VIGITEL- Vigilância de Fatores de Risco por Inquérito Telefônico

TLCE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

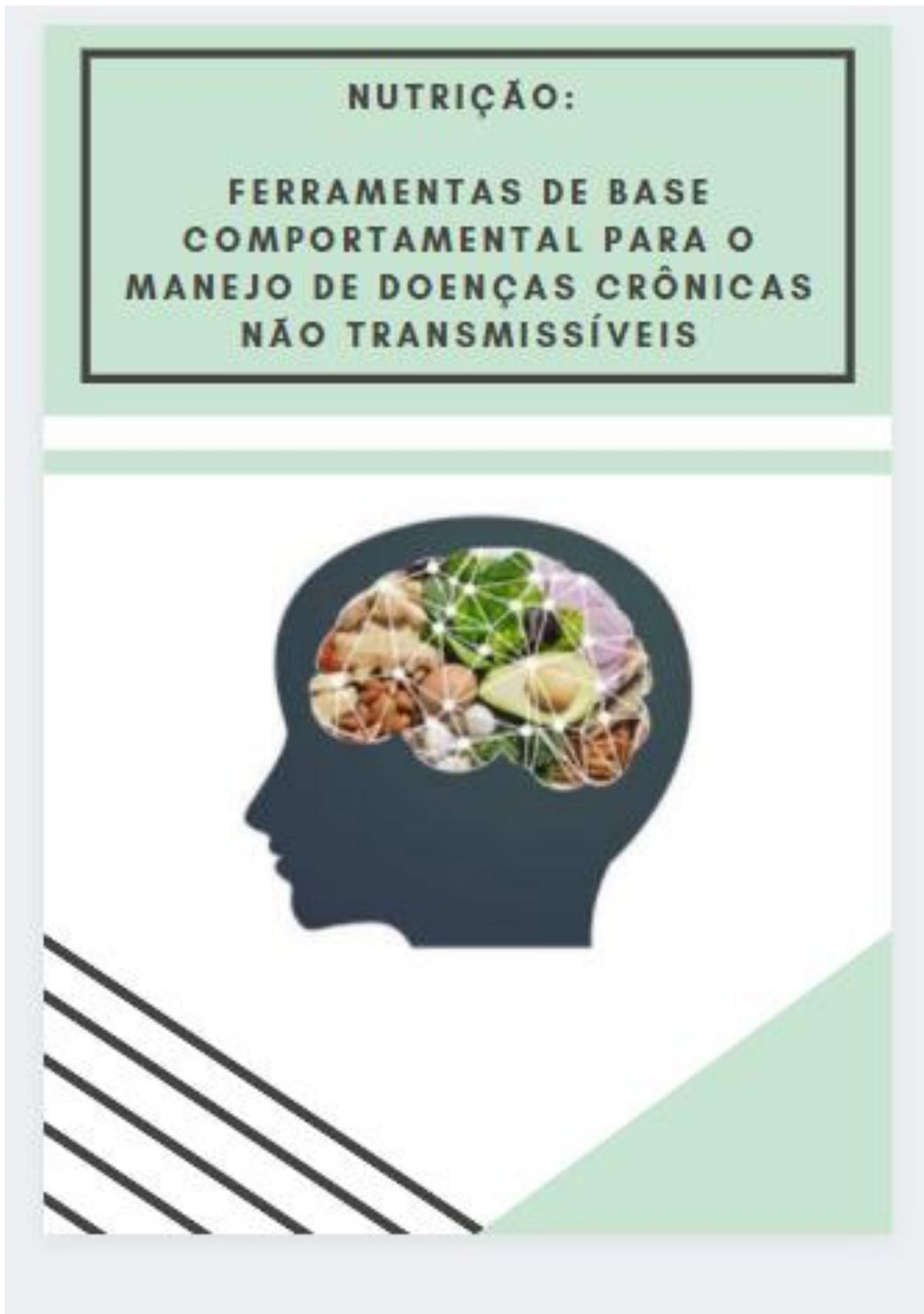
FIGURAS DO ARTIGO

Figura 1: Odômetro da fome

Fonte: Alvarenga, 2019.



4.2 Ebook (Produto técnico)



V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o estudo realizado, foi constatado que as estratégias utilizadas na orientação e promoção da mudança de comportamento alimentar baseiam-se em atividades em grupos, educação nutricional, entrega de materiais informativos e estreitamento de vínculo através da atenção dada ao paciente e aos seus familiares.

Concluiu-se que todas as participantes do estudo foram mulheres com experiência profissional e atuação na saúde pública.

Entre as entrevistadas, a baixa adesão a conduta nutricional continua sendo um dos fatores que mais interferem no tratamento das DCNT, devido a resistência dos pacientes em modificar comportamentos e romper com padrões de alimentares já estabelecidos. Aspectos como sexo, condição financeira e grau de escolaridade se mostraram como influentes na evolução do paciente.

A incapacidade para seguir uma dieta constituiu um dos fatores determinantes para o sucesso da intervenção nutricional. Seu caráter restritivo representa desconforto para a maioria dos pacientes e o fazem desistir do processo. A associação entre dieta e resultados rápidos tem sido o principal motivo escolhido por quem busca o profissional nutricionista para a mudança de hábitos.

A abordagem com foco na mudança de comportamento ainda é desconhecida pela maior parte dos pacientes e profissionais. Ferramentas como *Mindfulness* e Odômetro da fome não são aplicadas na prática clínica das entrevistadas. Logo, faz-se necessário identificar os fatores que regulam a ocorrência de determinados hábitos no que diz respeito à alimentação, uma vez que, o conjunto dessa problemática e seu contexto devem ser elucidados para favorecer a adoção de práticas saudáveis.

Devido à ausência de informação sobre condutas alternativas no âmbito da nutrição pela maioria das profissionais investigadas, identificou-se a necessidade de disseminar ferramentas apropriadas e centradas no manejo do comportamento, visto que as consequências de comportamentos inadequados frente a comida podem se estender a longo prazo, prejudicando o prognóstico do paciente.

Sugere-se que futuras pesquisas incluam validações experimentais a partir de instrumentos validados, que possibilitem maior visualização dos resultados obtidos, para uma compreensão mais fidedigna das contribuições da psicologia na mudança do comportamento alimentar. Em suma, espera-se que as reflexões apresentadas neste estudo contribuam para estimular pesquisas sobre o tema e promovam novas estratégias preventivas com foco na saúde e qualidade de vida da população.

VI. REFERÊNCIAS

1. Alvarenga, M. et al. Nutrição comportamental. Barueri: Manole Ltda, 2019.
2. Malagris L, Almeida R. A Prática da Psicologia da Saúde. Rev. Soc. Brasileira de Psicologia hospitalar. Rio de Janeiro; 2016; 14 (02).
3. Silva, LF. Reeducação de Comportamentos Alimentares: Uma Prática Para Redução e Manutenção de Peso com Base na Análise do Comportamento. Universidade Federal de Alagoas. Maceió; 2015.
4. Organização Mundial da Saúde – OMS. Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. Geneva: WHO; 2017. Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_trs_916.pdf
5. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, Brasília; 2018. Available from: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45612-brasileiros-atingem-maiorindice-de-obesidade-nos-ultimos-treze-anos>.
6. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo. Editora: Clanad. Ano: 2018. Available from: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde: Brasília; 2016.
8. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Editora: Atha. 2018-2019; 24 (01). Available from: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/24-1.pdf>

9. Silocchi C, Junges J. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Rev. Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro; 2017; 2 (15): 599-615.
10. Brevidelli M. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre participantes do programa Vivendo com Estilo e Saúde. *Revista: O Mundo da Saúde - São Paulo*. 2017; 606-616.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica: Ministério da Saúde, Brasília. 2016.
12. Todorov J, Moreira M. O Conceito de Motivação na Psicologia. *Revista Brasileira de Ter. Comportamental e Cognitiva*. 2015; 7 (01): 119-132.
13. Canesqui AM, Garcia RWD. Uma introdução à reflexão sobre a abordagem sócio cultural da alimentação. *Col de Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
14. Andrey, MA. Comportamento e cultura na perspectiva da análise do comportamento. *Revista Perspectivas, Santa Catarina*. 2011: 203-217.
15. Melo D, Junior A. A fundação do subjetivo: o hábito para além da psicologia. *Revista do Departamento de Psicologia UFF – Niterói*. 2016; 18 (03).
16. Carvalho, MB. Análise do comportamento: behaviorismo radical, análise experimental do comportamento e análise aplicada do comportamento. *Interação em Psicologia, Pará*. 2002; 6 (1): 13-18.
17. Vandeberg M. Behaviorismo: reflexões a cerca da sua epistemologia. *Rev Brasileira de Ter. Comportamental e Cognitiva; São paulo*. 2008; 3 (02).
18. Skinner BF. *Sobre o behaviorismo*. São Paulo. 1974.

19. Franks CM. Origens. História Recente. Questões atuais e estados futuros da terapia comportamental: uma revisão conceitual. In: Caballo VE. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. Santos- São Paulo; 1996: 3-22.
20. Hamud M, Gellis A. Sentimento de culpa na obra Freudiana: universal e inconsciente. Rev. Psicologia da USP. São Paulo; 2015; 22 (01).
21. Coelho N. Estudos em Teoria Psicanalítica. Revista Ágora. Rio de Janeiro; 2011; 4 (02).
22. Pinheiro N. Psicanálise, teoria e clínica: reflexões sobre sua proposta terapêutica. Rev. Psicologia, Ciência e Prof; 2014; 19 (04).
23. Seixas M, et al. Atitude e Comportamento alimentar no campo da nutrição: do que estamos falando?. Revista de Saúde Coletiva. 2018; 26 (04): 1103-1123.
24. Augusto et al, O cuidado em Saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. Rev Mental. Barbacena- MG. 2016; 11 (02): 523-536.
25. Assis et al. Avaliação do conhecimento nutricional e comportamento alimentar após educação alimentar e nutricional em adolescentes de Juiz de Fora- MG. HU Revista. Juiz de Fora. 2018; 40 (03): 135-146.
26. Pereira C, Silva A, Sá M. Psicologia na Saúde e na Doença. Revista Psicologia, saúde e doença. 2016; 16 (03).
27. Macedo I. Contextos da alimentação. Revista: Comportamento, Cultura e Sociedade. São Paulo. 2016; 5 (01).
28. Hirayama M. A percepção de comportamentos relacionados à atenção plena. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2017; 14 (09): 389-410.

29. Tapper K, et al. Exploratory randomized controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*. 2009 Apr; 52(2): 396-404.
30. Anderson LM, et al. Contribution of mindful eating, intuitive eating, and restraint to BMI, disordered eating, and meal consumption in college students. *Eat Weight Disord*. 2019; 21(1): 83-90.
31. McKee HC, Ntoumanis N. Developing self-regulation for dietary temptations: intervention effect on physical, self-regulatory and psychological outcomes. *J Behav Med*. 2014 Dec; 37(6): 1075-81
32. Spadaro KC, et al. Effect of mindfulness meditation on short-term weight loss and eating behaviors in overweight and obese adults: A randomized controlled trial. *J Complement Integr Med*. 2017;15(2).
33. Foxcroft L. *A tirania das dietas*. Três Estrelas. São Paulo; 2013.
34. Houaiss A, Villar MS. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro; 2009.
35. López PJT, et al. Resultados de una intervención motivacional con niños obesos o con sobrepeso y sus familias: estudio piloto. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2017; 21(4): 313 – 319.
36. Daly P, et al. A mindful eating intervention: A theory-guided randomized anti-obesity feasibility study with adolescent Latino females. *Complement Ther Med*. 2016; 28 (06): 22-8.
37. Chacko SA, et al. Mindfulness-based intervention to control weight after bariatric surgery: Preliminary results from a randomized controlled pilot trial. *Complement Ther Med*. 2016 Oct.; 28: 13-21.

38. Schenepper R, Richard A, Wilhelm FH, Blechert J. A combined mindfulness-prolonged chewing intervention reduces body weight, food craving, and emotional eating. *J Consult Clin Psychol*. 2019; 87(1): 106-111.
39. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) – 2014.
40. International Food Information Council (IFIC) Foundation and Institute of Food Technologists. Guidelines for Communicating the Emerging Science of Dietary Components for Health – For Journalists, health professionals, and other Communicators; Washington; 2015.
41. Guimarães TC. Comunicação e linguagem. São Paulo; 2012.
42. Wansink B. Academy of Nutrition and Dietetics. Position of the American Dietetic Association: food and nutrition misinformation. *Journal am Diet Assoc*; 2006; (106): 601-7.
43. Andrade J, et al. Aprendizagem por observação; perspectivas teóricas e contribuições para o planejamento instrucional. *Rev. Psicologia, Ciência e Profissão*. Brasília. 2012; 2 (01).
44. Azzi R. Desengajamento moral na perspectiva da teoria social cognitiva de Bandura. *Rev. Psicologia, Ciência e Profissão*. 2016; 30 (02): 208:2019.
45. Sader TJ, Macedo CI. Utilização do modelo transteórico no processo de mudança de hábitos alimentares. *Revista de Iniciação científica, tecnológica e artística*. Edição temática em saúde e bem estar. São Paulo; 2016; 5 (6).
46. Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Rev Ciencia e Saúde Coletiva*. 2017; 12 (06): 715-790.
47. Coleta M. O Modelo Crenças em Saúde: uma análise da sua contribuição à psicologia da saúde. *Rev Temas em Psicologia*. 2011; 14 (02).

48. Caetano J, Moreira A, Santos Z. Aplicação do modelo Crenças em Saúde na adesão ao tratamento do hipertenso. *Rev de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2019; 29 (04).
49. Freitas G. Atitude Crença e seu impacto na mudança de hábitos de idosos. *Rev saúde coletiva*. Rio de Janeiro 2018; 28 (02).
50. Dobarro V, Brito M. Atitude Crença da autoeficácia. *Rev educação em pesquisa*. São Paulo. 2016; 12 (02).
51. Novais O. A intrínseca relação entre atitude e crença: um estudo qualitativo. *Rev. Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro; 2020; (02).
52. Botassini J. A importância dos estudos de Crenças e Atitudes para a Sociolinguística. *Rev de estudos e linguagens de Londrina*. 2015; 18 (01): 102-131.
53. Andreoli T, Lima V, Minciotti S. Marketing social e marketing societal: uma confusão teórica. *Rev. Contemporânea de economia e gestão*. São Caetano do Sul; 2018;16 (02).
54. Colluti A. Marketing social. A estratégia de mudança do comportamento social. *Rev saúde e ciência*. 2015; 10 (4).
55. Centers for Disease Control and Prevention. What is health marketing? Fevereiro, 2014. Available from: www.cdc.gov/healthcommunication/toolstemplates/whatishm.html.
56. Barbosa JI, Borba A. O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. *Rev. bras. ter. comport. cogn.* [publicação online] 2010;12 (1-2): 60-79.

57. Abreu, CN, Guilhard HJ. Terapia comportamental e cognitiva comportamental: práticas clínicas. São Paulo: Rocca; 2014.
58. Andreatta I, Oliveira MS. Manual prático de terapia cognitivo-comportamental - Casa do Psicólogo; São Paulo; 2012.
59. Bleil, SI. O Padrão Alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. Cadernos de Debate; Campinas. 1999; 14 (06): 1-25.
60. Moreira L, Silva A, Cord S, Oliveira I, Martin M. A importância do conhecimento de Psicologia para o profissional de nutrição. São José dos Campos- SP. Rev Bras de Ciências da Saúde. 2018; 18 (02): 77-101.
61. Palmeira H. A importância da Psicologia para profissionais de saúde de uma rede de atenção primária. Rev de saúde coletiva. 2016; 12 (01).
62. Viana V. Psicologia, Saúde e Nutrição. Contributo para o estudo do comportamento alimentar. Rev Bras Psic. 2018; 15 (03).
63. Garcia LAM. Competências e Habilidades: você sabe lidar com isso? Rio de Janeiro. Revista Educação Pública. 2015. Disponível em: <http://www.educacaopublica.rj.gov.br/biblioteca/educacao/0023d.html>.
64. Soares NT, Aguiar, AC. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. Rev. Nutr., Campinas; 2010; 23 (5): 895-905.
65. Diretriz do Conselho Nacional de Educação – CNE. Ministério da Educação. Brail; 2019.
66. Recine E, Mortoza AS. Consenso sobre habilidades e competências do nutricionista no âmbito da saúde coletiva. Observatório de Políticas de Segurança e Nutrição. Brasília; 2013.

67. Junqueira T S, Cotta R M. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2014; 19 (5): 1459-1474.
68. Minayo MC. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2001.
69. Minayo MC. O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo; 1996 (04).
70. História de Palmeira dos Índios. Site oficial da Prefeitura Municipal de Palmeira dos Índios. Disponível em: <https://palmeiradosindios.al.gov.br/cgi-sys/historia>
71. Minayo MC. *Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social*. In M. S. S., Minayo MCS, & Deslandes, S. *Caminhos do Pensamento – Epistemologia e Método*. Rio de Janeiro; 2002.
72. Souza A, et al. *Manual do Pesquisador*. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – Imip. Recife; 2013 (3).

APÊNDICES

Apêndice 1- Roteiro de entrevista

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (FPS)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Nutrição e Comportamento Alimentar no manejo das doenças crônicas não transmissíveis

Mestranda: Laryssa Santana de Oliveira

Orientadora: Prof^a Dr^a Mônica Cristina Batista de Melo

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Sexo: () M () F
 Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Naturalidade: _____
 Endereço: _____ Complemento: _____
 Email: _____ Telefone: _____

2. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Ano de Conclusão do curso superior em Nutrição: ____	Possui formação em alguma outra área? Se sim, qual? _____	Você costuma reservar algum tempo para estudar mesmo depois de formado (a)? () S () N
Instituição que concluiu a Graduação: _____	Sente vontade de fazer outro curso de graduação? Se sim, qual? _____	Se sim, quanto tempo em média você reserva para os estudos semanalmente?
Nível de Formação acadêmica: () Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós Doutorado	Ferramentas utilizadas para atualização profissional: () Livros () Congressos () Artigos científicos () Cursos de Capacitação () Redes sociais	() Menos de 1 h/ semanal () Até 1 h/ semanal () Até 5 h/ semanais () Até 10 h/ semanais () Mais de 10 h/ semanais () Apenas quando sobra tempo

3. ATUAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Áreas de atuação que possui experiência:

() Clínica () Gestão de Unidades de Alimentação e Nutrição () Saúde Pública

() Nutrição Esportiva () Nutrição Hospitalar () Docência () Marketing Nutricional

PERGUNTAS DISPARADORAS

Comente sobre sua área atual de atuação e sobre o tempo que está inserido (a) nesse serviço.

Fale sobre seu público alvo e o perfil dos pacientes que procuram seus serviços.

Para você, em que consiste o “comportamento alimentar”?

Relate sobre a diferença entre os pacientes com DCNT que aderem ao tratamento e os que não aderem.

Do seu ponto de vista, qual o entendimento dos pacientes com DCNT sobre “dieta”?

Do seu ponto de vista, qual o entendimento que os pacientes com DCNT têm sobre “comportamento alimentar”?

Você acha que é possível modificar um comportamento alimentar aprendido e vivenciado há anos? Como isso deve ser trabalhado com o paciente com DCNT?

De acordo com sua experiência, quanto tempo leva em média para identificar a presença de um novo comportamento aprendido e quais estratégias são utilizadas para promover manutenção do mesmo nesses pacientes?

Você acredita que campanhas de saúde e a mídia digital podem ajudar na construção de comportamentos alimentares adequados? De que forma?

Na sua prática clínica, o processo de adoecimento e as crenças em saúde podem contribuir para a busca de comportamentos mais saudáveis? Por quê?

4. METODOLOGIA UTILIZADA NOS ATENDIMENTOS

Quais são as ferramentas utilizadas por você para garantir a eficácia do tratamento proposto? A prescrição dietética é suficiente para um paciente com DCNT?

Como você se posiciona diante das emoções e sentimentos (como ansiedade, medo, culpa, entre outras) manifestados pelos pacientes com DCNT? Tais aspectos são considerados na conduta nutricional?

Você utiliza ou conhece alguma ferramenta de base comportamental para promover a educação nutricional em pacientes com DCNT? Quais?

Você acredita que a forma de comunicação entre profissional x paciente pode influenciar a adesão ao tratamento desses pacientes? Por quê?

5. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL, LIMITAÇÕES E DIFICULDADES

Comente sobre o seu nível de satisfação com o atendimento prestado aos pacientes com DCNT.

Comente sobre as principais dificuldades/limitações encontradas por você para tratar pacientes com DCNT.

Fale sobre as principais queixas citadas pelos pacientes com DCNT ao procurar um nutricionista.

Comente sobre as estratégias mais utilizadas por você diante da permanência de comportamentos alimentares inadequados entre os pacientes com DCNT.

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (FPS)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Nutrição e Comportamento alimentar no manejo das doenças crônicas não transmissíveis

Mestranda: Laryssa Santana de Oliveira

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Mônica Cristina Batista de Melo

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: Nutrição e Comportamento Alimentar no Manejo das Doenças Crônicas não Transmissíveis. O objetivo desse estudo é avaliar e compreender os mecanismos que dão sustentação a práticas alimentares inadequadas e reconhecer suas manifestações em longo prazo, visto que hoje o fator alimentação tem relação direta com o desenvolvimento dessas doenças. Além disso, a pesquisa pretende viabilizar a elaboração de estratégias de enfrentamento e, principalmente, de prevenção de agravos a saúde. Os procedimentos para a realização da coleta de dados serão da seguinte forma:

- Você será convidado a responder um questionário e os dados referentes à sua atuação profissional (metodologia de atendimento) serão analisados e confrontados com a literatura;
- O preenchimento do questionário será de forma presencial e todas as instruções necessárias serão fornecidas no momento da entrega do mesmo.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

O benefício que pode ser esperado com a sua participação nesse estudo, mesmo que indiretamente, baseia-se no desenvolvimento de ferramentas de base comportamental para auxiliar nutricionistas no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, que tem como uma das principais causas atualmente a alimentação inadequada. A pesquisa oferece riscos mínimos à sua saúde física e mental, visto que pode haver um desconforto ocasionado pelo tempo que deve ser disponibilizado para o preenchimento do questionário (1 hora em média). Além disso, pode haver sensação de constrangimento para responder a entrevista. Caso haja necessidade de interromper sua participação por algum desses fatores, poderá fazê-la sem nenhum problema.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:

A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. As pesquisadoras **Laryssa Santana de Oliveira** e **Mônica Cristina Batista de Melo** certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelas pesquisadoras responsáveis: **Laryssa Santana de Oliveira** através do telefone: (82) 99629 06 43 ou no endereço: Loteamento Monte Carlo, quadra 01, lote 04, Antares – Maceió/AL CEP: 57030-062 ou **Mônica Cristina Batista de Melo** através do telefone (81) 99998 13 01 ou no endereço: Av. Mascarenhas de Moraes, nº 4861, Imbiribeira – Recife/PE CEP: 51150-000 ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, situado na Av. Mascarenhas de Moraes, nº 4861, Imbiribeira – Recife/PE. CEP: 51150-000. Bloco: Administrativo [Tel:\(81\)33127755](tel:(81)33127755) que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br

O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
_____	_____	_____

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
_____	_____	_____

Nome	Assinatura da Testemunha	Data
_____	_____	_____

Impressão digital



ANEXOS

Anexo 1: Parecer do Comitê de Ética

<p>FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - AECISA</p> 
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: Nutrição e Comportamento Alimentar no manejo das Doenças Crônicas não Transmissíveis
Pesquisador: Mônica Melo
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 22838719.7.0000.5569
Instituição Proponente: ASS. EDUCACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - AECISA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 3.634.746
Apresentação do Projeto: Projeto apresentado para fins de qualificação do mestrado profissional em Psicologia da Saúde da FPS. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que será realizada com nutricionistas da Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira dos Índios - AL que desenvolvem ações diretamente na Saúde Pública.
Objetivo da Pesquisa:
Geral:
- Compreender, a partir da perspectiva do profissional nutricionista, as estratégias utilizadas na orientação e promoção da mudança de comportamento alimentar no manejo das doenças crônicas não transmissíveis.
Específicos:
- Descrever as características sociodemográficas dos participantes, em relação a sexo, idade e naturalidade. Na perspectiva do profissional nutricionista;
- Conhecer sobre dieta e comportamento alimentar;
- Identificar os motivos que levam o paciente a aderir e a não aderir às recomendações nutricionais;
<p>Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4881 Bairro: IMBIRIBEIRA CEP: 51.150-000 UF: PE Município: RECIFE Telefone: (81)3312-7755 E-mail: comite.etica@fps.edu.br</p>

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA 

Continuação do Parecer: 3.034.740

- Conhecer as estratégias utilizadas para promover mudança de comportamento e sua manutenção;
- Sugerir, na forma de produto educacional, um manual para nutricionistas sobre estratégias de promoção e manutenção das mudanças de comportamento alimentar no manejo das DCNT.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão bem descritos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Interessante e factível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de anuência: OK

Cronograma: OK

Orçamento: OK

Currículos: OK

TCLE: OK

Recomendações:

No entanto, sugiro verificar as resoluções: no projeto refere a resolução 510/2016 e na carta de anuência menciona a 466/2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-FPS solicita que o pesquisador envie relatórios parciais a cada semestre e ao final da pesquisa.

Rever Resolução que será usada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1436133.pdf	04/10/2019 16:28:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocep.pdf	04/10/2019 16:28:28	Laryssa Santana de Oliveira	Aceito

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fpa.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 3.634.746

Cronograma	cronogramal.pdf	04/10/2019 16:28:01	Laryssa Santana de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	monicacurriculo.pdf	02/10/2019 10:20:10	Laryssa Santana de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	laryssacurriculo.pdf	02/10/2019 10:19:46	Laryssa Santana de Oliveira	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tce.pdf	02/10/2019 10:17:13	Laryssa Santana de Oliveira	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	02/10/2019 10:16:55	Laryssa Santana de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta.pdf	27/09/2019 17:06:01	Laryssa Santana de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostolary.pdf	27/09/2019 16:59:55	Laryssa Santana de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 10 de Outubro de 2019

Assinado por:
Artani Imbert de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4881
Bairro: IMBIRIBEIRA CEP: 51.150-000
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)3312-7755 E-mail: comite.etica@fpa.edu.br

Anexo2: Normas de formatação e submissão para a Revista de Nutrição**Diretrizes para organização do artigo****Estrutura do texto:**

- Espaçamento 1,5 entre linhas;
- Com fonte Arial 12;
- A quantidade total de palavras deve estar de acordo com a categoria do artigo (Contabiliza-se a partir do resumo, até a última página do conteúdo do artigo. Não devem ser consideradas a folha de rosto, referências e ilustrações);
- A seguinte ordem de apresentação deverá ser respeitada, incluindo-se os itens em páginas distintas:
 - Folha de rosto (página 1);
 - Resumo/Abstract (página 2);
 - Texto (página 3);
 - referências (em uma página separada, após o final do texto);
 - Ilustrações (iniciar cada uma em uma página separada, após as referências).
- O arquivo deverá ser gravado em editor de texto similar à versão 2010 do Word;
- O papel deverá ser de tamanho A4 com formatação de margens superior e inferior (2,5 cm), esquerda e direita (3 cm);
- A numeração das páginas deve ser feita no canto superior direito;
- A formatação das referências deverá facilitar a tarefa de revisão e de editoração. Para tal, deve-se utilizar espaçamento 1,5 entre linhas e fonte tamanho 12, e estar de acordo com o estilo Vancouver;
- As Ilustrações (Figuras e Tabelas) deverão ser inseridas após a seção de referências, incluindo-se uma ilustração por página, independentemente de seu tamanho

Página de rosto deve conter:

- a) Título completo em português: (i) deverá ser conciso e evitar palavras desnecessárias e/ou redundantes, (ii) sem abreviaturas e siglas ou localização geográfica da pesquisa.

b) Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não excedendo 40 caracteres (incluindo espaços), em português (ou espanhol) e inglês.

c) Título completo em inglês, compatível com o título em português.

d) Nome de cada autor, por extenso. Não abreviar os prenomes. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 6. A revista recomenda fortemente que todos os autores e coautores tenham seus currículos atualizados na Plataforma Lattes, para submissão de artigos.

e) Informar os dados da titulação acadêmica dos autores (se é mestre, doutor, etc.), a afiliação institucional atual (somente um vínculo por autor, em 3 níveis, sem abreviaturas ou siglas), além de cidade, estado e país.

f) Indicação do endereço completo da instituição à qual o autor de correspondência está vinculado.

g) Informar telefone e e-mail de todos os autores.

h) Informar, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores no artigo. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, revisão e aprovação da versão final do artigo. Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. Redigir a contribuição no idioma que o artigo será publicado.

i) Informar o número de Registro ORCID® (*Open Research and Contributor ID*). Caso não possua, fazer o cadastro através do link: <<https://orcid.org/register>>. O registro é gratuito.

j) Informar se o artigo é oriundo de Dissertação ou Tese, indicando o título, autor, universidade e ano da publicação.

k) Indicar os seguintes itens:

Categoria do artigo;

Área temática;

Quantidade total de ilustrações (tabelas, quadros e figuras);

Poderá ser incluída nota de rodapé contendo apoio financeiro e o número do processo e/ou edital, agradecimentos pela colaboração de colegas e técnicos, em parágrafo não superior a três linhas. **Observação:** esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores, e outros tipos de notas **não serão aceitos** (exceto em tradução de citações).

A tramitação do artigo só será iniciada após a inclusão destas informações na página de rosto.

Resumo

Todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras.

O texto não deve conter citações e abreviaturas. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme <<http://decs.bvs.br>>.

Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do *abstract* em inglês.

Texto

Com exceção dos manuscritos apresentados como Revisão, Comunicação, Nota Científica e Ensaio, os trabalhos deverão seguir a estrutura formal para trabalhos científicos:

Introdução

Deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Métodos

Deve conter descrição clara e sucinta do método empregado, acompanhada da correspondente citação bibliográfica, incluindo: procedimentos adotados; universo e

amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do processo.

Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório -, foram seguidas.

Resultados

Sempre que possível, os resultados devem ser apresentados em tabelas, quadros ou figuras, elaboradas de forma a serem autoexplicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados no texto.

Discussão

Deve explorar, adequada e objetivamente, os resultados, discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura.

Conclusão

Apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo. **Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.**

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas às usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências de acordo com o estilo Vancouver

Devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto, conforme o estilo *Vancouver*. Nas referências com até seis autores, todos devem ser citados. Nas referências com mais de 6 autores, deve-se citar os seis primeiros, e depois incluir a expressão *et al.*

As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados deverão estar de acordo com o *Index Medicus*.

Citar no mínimo 80% das referências dos últimos 5 anos e oriundas de revistas indexadas, e 20% dos últimos 2 anos.

Não serão aceitas citações/referências de **monografias** de conclusão de curso de graduação, **de trabalhos** de Congressos, Simpósios, *Workshops*, Encontros, entre outros, e de **textos não publicados** (aulas, entre outros).

Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito e/ou de outras fontes, for citado (ou seja, um artigo *in press*), é **obrigatório** enviar cópia da carta de aceitação (artigo já aprovado com previsão de publicação) da revista que publicará o referido artigo. Caso contrário, a citação/referência será excluída.

Se dados não publicados obtidos por outros pesquisadores forem citados pelo manuscrito, será necessário incluir uma carta de autorização, do uso dos mesmos por seus autores.

Citações bibliográficas no texto: deverão ser expostas em ordem numérica, em algarismos arábicos, dentro de colchetes (exemplo: [1], [2], [3]), após a citação, e devem constar da lista de referências.

Em citações diretas traduzidas pelos autores deve constar em nota de rodapé o trecho no idioma original. Na indicação da fonte deve constar: Tradução minha ou tradução nossa. Exemplo: (Rodgers *et al.*, 2011, tradução nossa).

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os trabalhos citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

Exemplos

Artigo em publicação periódica científica impressa

Canuto JMP, Canuto VMP, Lima MHA, Omena ALCS, Morais TML, Paiva AM, *et al.* Fatores de risco associados à hipovitaminose D em indivíduos adultos infectados pelo HIV/aids. Arch Endocrinol Metab. 2015;59(1):34-41.

Artigo com mais de seis autores na Internet

Fuermaier ABM, Tucha L, Janneke K, Weisbrod M, Lange KW, Aschenbrenner S, *et al.* Effects of methylphenidate on memory functions of adults with ADHD.s Appl Neuropsychol Adult. 2017 [2017 May 15];24(3):199-211. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23279095.2015.1124108>

Artigo com o n° de DOI

Lazarini FM, Barbosa DA. Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita. Rev Latino-Am Enfermagem. 2017 [citado 2017 maio 2];25:e2845. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1612.2845>

Livro

Damiani D. Endocrinologia na prática pediátrica. 3ª ed. Barueri: Manole; 2016.

Livro em suporte eletrônico

Baranoski MCR. A adoção em relações homoafetivas. Ponta Grossa: UEPG; 2016 [citado 2017 maio 25]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/ym6qv>

Capítulos de livros

Cominetti CR, Horst MM, Aderuza M. Parte 4: nutrientes, genômica nutricional e relação saúde-doença. In: Cominetti CR, Horst MM, Aderuza M. Genômica Nutricional: dos fundamentos à nutrição molecular. Barueri: Manole; 2015.

Capítulo de livro em suporte eletrônico

Baranoski MCR. Cidadania dos homossexuais. In: Baranoski MCR. A adoção em relações homoafetivas. Ponta Grossa: UEPG; 2016 [citado 2017 maio 25]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/ym6qv>.

Dissertações e teses

Agena F. Avaliação da prevalência de síndrome metabólica ao longo do primeiro ano pós-transplante renal [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.

Texto em formato eletrônico

Loss S. Nutrição enteral plena vs hipocalórica no paciente crítico. São Paulo: Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; 2017 [acesso 2017 maio 25]. Disponível em: www.sbnpe.com.br/news-braspen/atualizacao-em-tn/nutricao-enteral-plena-vs-hipocalorica-no-paciente-critico.

Programa de computador

Brubins Comércio de Alimentos e Supergelados. Dietwin: software de nutrição. Porto Alegre: Brubins Comércio de Alimentos e Supergelados Ltda; 2017.

Preparando as ilustrações

São consideradas ilustrações todo e qualquer tipo de tabelas, figuras, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, mapas, organogramas, diagramas, plantas, quadros, retratos, etc., que servem para ilustrar os dados da pesquisa. **é imprescindível a informação do local e ano do estudo para artigos empíricos.** Não é permitido que figuras representem os mesmos dados de tabelas ou de dados já descritos no texto.

A quantidade total de ilustrações aceitas por artigo é de 5 (cinco), incluindo todas as tipologias citadas acima.

As ilustrações devem ser inseridas após o item referências, incluindo-se uma ilustração por página, independentemente de seu tamanho, e também enviadas separadamente em seu programa original, através da plataforma ScholarOne, no momento da submissão, na Etapa 6.

As ilustrações **devem ser editáveis**, sendo aceitos os seguintes programas de edição: Excel, GraphPrism, SPSS 22, Corel Draw Suite X7 e Word. Sendo assim, poderão ser submetidas imagens apenas nas seguintes extensões: .cdr, .pzf, .spv, .jpg, .jpeg, .xls, .xlsx, .doc, .docx, .vsdx, .vst. Caso opte pelo uso de outro programa, deverá ser usada a fonte padrão *Frutiger*, fonte tamanho 7, adotada pela Revista na edição.

As imagens devem possuir resolução igual ou superior a 600 dpi. Gráficos e desenhos deverão ser gerados em programas de desenho vetorial (Microsoft Excel, CorelDraw, Adobe Illustrator etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis.

Não são aceitos gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D).

O autor se responsabiliza pela qualidade das ilustrações, que deverão permitir redução de tamanho sem perda de definição para os tamanhos de uma ou duas colunas (7,5cm e 15cm, respectivamente), pois **não é permitido o uso de formato paisagem**.

A cada ilustração deverá ser atribuído um título breve e conciso, sendo numeradas consecutiva e independentemente, com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas.

Para Gráficos, deverá ser informado título de todos os eixos.

Todas as colunas de Tabelas e Quadros deverão ter cabeçalhos.

As palavras **Figura, Tabela e Anexo**, que aparecerem no texto, deverão ser escritas com a primeira letra maiúscula e acompanhadas do número a que se referirem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. Os títulos deverão ser concisos.

Inclua, sempre que necessário, notas explicativas. Caso haja alguma sigla ou destaque específico (como o uso de negrito, asterisco, entre outros), este deve ter seu significado informado na nota de rodapé da ilustração.

Para artigos em outro idioma que não o português, deve ser observado a tradução correta das ilustrações, tabelas, quadros e figuras, além da conversão de valores para o idioma original do artigo.

Caso haja utilização de figuras ou tabelas publicadas em outras fontes, deve-se anexar documento que ateste a permissão para seu uso, e citada a devida fonte. No caso de fotografias, é necessário o envio de uma declaração com a autorização para uso de imagem, mesmo que haja tentativa de ocultar a respectiva identidade do fotografado.

Os autores devem garantir que nada no manuscrito infringe qualquer direito autoral ou propriedade intelectual de outrem, pois caso contrário poderão responder juridicamente conforme os termos da Lei nº 9.610/98, que consolida a legislação sobre direitos autorais.

O uso de imagens coloridas é recomendável e não possui custos de publicação para o autor.

Check List de submissão

Seu preenchimento é obrigatório, e o mesmo deverá ser assinado e anexado no ScholarOne, junto com os demais documentos.

Envio de novas versões

Versões reformuladas: a versão reformulada deverá ser encaminhada via site, através do link: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rn-scielo>. **O(s) autor(es) deverá(ão) enviar apenas a última versão do trabalho.**

O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) ou sublinhar, para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito, na versão reformulada. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores, o(s) autor(es) deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. Caso os autores não encaminhem o manuscrito revisado e a carta-resposta no prazo estipulado, o processo

editorial será encerrado, em qualquer etapa da submissão. O título e o número do protocolo do manuscrito deverão ser especificados.

Após Aceitação

Provas

Serão enviadas provas em PDF aos autores para a correção da arte-final do artigo. As provas devem retornar ao Núcleo de Editoração na data estipulada (48 horas). Outras mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase.

São permitidas apenas correções de grafia, troca de uma palavra ou outra e dados numéricos nas tabelas e gráficos. Não será aceita inclusão e/ou exclusão de frases, parágrafos, imagens e referências. Caso encontre algo a ser corrigido, fazer os devidos apontamentos da seguinte forma:

- 1) No próprio PDF do artigo utilizando os recursos disponíveis, ou
- 2) Anotar em letra maiúscula na margem do papel e enviar somente as páginas corrigidas digitalizadas
- 3) Listar em documento do Word, informando: página, coluna (se da direita ou esquerda), parágrafo correspondente, início da frase e sua respectiva linha.

Os autores deverão assinar os termos de concordância da arte final, cujo modelo será enviado junto com as provas.

Documentos

No momento da submissão, a obrigatoriedade dos autores encaminharem juntamente com o artigo, a seguinte documentação anexa:

- 1) Carta de apresentação de artigo para submissão.
- 2) *Checklist* de submissão preenchido.
- 3) Declaração do currículo Lattes atualizado nos últimos 3 meses, de todos os autores (somente autores brasileiros).
- 4) Declaração de Registro de Ensaio Clínico, validado pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), e inclusão do nº do registro no final do resumo (nos casos onde se aplica).

- 5) Cópia de aprovação do Parecer do Comitê de ética em Pesquisa.
- 6) Declaração de Certificado de tradução.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar os documentos. Na plataforma *ScholarOne*, eles devem ser inseridos na Etapa 6 da submissão. Não serão aceitas fotos de assinaturas. São permitidos somente assinaturas escaneadas ou eletrônicas, a fim de evitar qualquer tipo de fraude. É preferível que a documentação seja enviada digitalizada e em formato PDF.

Revista de Nutrição

Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <<http://mc04.manuscriptcentral.com/rn-scielo>>.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.