

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

Julia Sanches de Jesus Villar

**RELATOS DO USO DE UMA FERRAMENTA MOTIVACIONAL PARA
MUDANÇA DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE INDIVÍDUOS COM
EXCESSO DE PESO**

Porto Alegre

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

Julia Sanches de Jesus Villar

RELATOS DO USO DE UMA FERRAMENTA MOTIVACIONAL PARA
MUDANÇA DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE INDIVÍDUOS COM
EXCESSO DE PESO

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Nutrição pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Zilda de Albuquerque Santos

Porto Alegre

2022

CIP - Catalogação na Publicação

Villar, Julia
RELATOS DO USO DE UMA FERRAMENTA MOTIVACIONAL PARA
MUDANÇA DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE INDIVÍDUOS COM
EXCESSO DE PESO / Julia Villar. -- 2022.
49 f.
Orientadora: Zilda de Albuquerque Santos.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS,
2022.

1. Comportamento alimentar. 2. Entrevista
Motivacional. 3. Motivação. 4. Modelo Transteórico. 5.
Manejo da Obesidade. I. de Albuquerque Santos, Zilda,
orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família, aos meus pais, João e Jussara e irmãs, Carolina e Giovanna que, apesar dos desafios diários, sempre estiveram ao meu lado me apoiando em cada fase da minha formação, e são grandes exemplos de força e perseverança.

Às minhas colegas e amigas Manoela, Maria Eduarda, Renata, Thaís e Vithoria, que tornaram os anos da faculdade mais leves (e saborosos) e me impulsionaram a ter um maior autoconhecimento. Juntas, tivemos o privilégio de ter as companhias certas para reclamar e surtar, mas também para crescer e evoluir pessoal e profissionalmente. Ao meu namorado, Lorenzo, que, mesmo sem saber, aliviava minhas angústias com os desafios acadêmicos e da vida e me fazia rir mesmo nos momentos mais difíceis.

Às minhas amigas Isabela, Caroline, Camilla, Giullia, Marina, Nathália, Rafaela (as duas) e Bárbara, que auxiliaram no meu crescimento pessoal e profissional compartilhando experiências e reflexões sobre a vida e a complexidade do comportamento humano, mas principalmente por, ao longo desses cinco anos, terem sido consolo, afeto, sorriso e pertencimento.

Agradeço à minha orientadora Zilda, que, de forma tão empática e atenciosa, me guiou, incentivou e auxiliou, sendo um grande exemplo de profissional e fundamental para a minha formação. Também agradeço a todos os meus professores do curso, colegas, nutricionistas e técnicas em nutrição dos estágios que participei, que trouxeram reflexões, ensinamentos, questionamentos e vivências imprescindíveis na minha construção acadêmica e profissional.

Obrigada a cada pessoa que, de alguma forma, contribuiu para que eu me tornasse a pessoa que sou hoje.

RESUMO

Introdução: Vem sendo desafiador combater a crescente prevalência no excesso de peso da população. Estratégias que utilizam teorias da psicologia estão sendo propostas para aumentar a adesão e eficácia no tratamento de pessoas com sobrepeso e obesidade. Dentre essas estratégias estão a Entrevista Motivacional (EM) e ferramentas de *coaching* como a Roda dos Sete Pilares da Saúde Alimentar. A EM é um estilo de aconselhamento centrado no indivíduo, para provocar mudanças de comportamento, ajudando-o a explorar e resolver a discrepância entre seus atos e objetivos. A Roda dos Sete Pilares da Saúde Alimentar é uma ferramenta criada para auxiliar na reflexão e avaliação da satisfação em diversos pilares relacionados aos hábitos alimentares. **Objetivo Geral:** Relatar a aplicação, na primeira consulta, da ferramenta Roda dos Sete Pilares da Saúde Alimentar em indivíduos com excesso de peso. **Métodos:** Aplicação da Roda dos Sete pilares da Saúde Alimentar em indivíduos que procuraram orientação nutricional no Serviço Médico Ocupacional, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, tendo por base a EM. **Resultados:** Participaram do estudo 3 mulheres e 1 homem, com idade média de $47 \pm 7,11$ anos. Todos os indivíduos apresentavam obesidade e indicaram estar muito motivados para mudança de hábitos de vida. Dois participantes indicaram estar muito satisfeitos em todos os pilares da roda; 1 participante indicou estar muito satisfeito em 5 pilares e moderadamente a pouco satisfeito em 3 pilares (“pensar sustentável”, “cuidar da mente” e “fazer as pazes com o corpo”); 1 paciente mostrou-se moderadamente a pouco satisfeito em todos os pilares. **Conclusão:** O uso da Roda dos Sete Pilares da Saúde Alimentar mostrou que esta ferramenta é capaz de despertar a atenção para o cuidado com áreas diversas da vida, que podem interferir no ato de comer. No entanto, mostrou também que é necessário, por parte do profissional, muita familiaridade com a ferramenta e atenção às dificuldades dos pacientes para significar sua satisfação em cada pilar.

Palavras-chaves: Roda dos Sete Pilares da Saúde Alimentar; Entrevista motivacional; Comportamento Alimentar; Mudança de Comportamento; Motivação.

ABSTRACT

Introduction: It has been challenging to fight against the growing prevalence of overweight in the population. Strategies that use theories of Psychology are being proposed to increase adherence and effectiveness in the treatment of overweight and obese people. Among these strategies is the Motivational Interviewing (MI) and coaching tools such as the Wheel of the Seven Pillars of Eating Health. MI is a patient-centered style of counseling to bring out behavior change by helping people to explore and resolve the discrepancy between their actions and goals. The Wheel of the Seven Pillars of Eating Health is a tool created to assist in the reflection and evaluation of people's satisfaction in various pillars related to eating habits. **Objective:** To report the application, in the first encounter, of the Wheel of the Seven Pillars of Eating Health tool in overweight individuals. **Methods:** Application of the Wheel of the Seven Pillars of Eating Health in individuals who sought nutritional guidance at the Occupational Medical Service, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, based on MI. **Results:** 3 women and 1 man participated in the study, with a mean age of 47 ± 7.11 years. All individuals were obese and indicated that they were highly motivated to change their lifestyle habits. Two participants indicated being very satisfied in all pillars of the wheel; 1 participant indicated being very satisfied in 5 pillars and moderately to little satisfied in 3 pillars ("think sustainable", "take care of your mind" and "make peace with your body"); 1 patient was moderately to little satisfied in all The pillars. **Conclusion:** Using the Wheel of the Seven Pillars of Eating Health showed that this tool is capable of bringing attention to how the individual takes care of different areas of life, which can interfere with how they eat. However, it also showed that it is necessary for the health care practitioner to

be very familiar with the tool and to pay attention to the difficulties of patients to signify their satisfaction in each pillar.

Keywords: Wheel of the Seven Pillars of Eating Health; Motivational interviewing; Eating Behavior; Behavior change; Motivation.

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------------------------------|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 7 |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO | 9 |
| 2.1. Obesidade | 9 |
| 2.2. Hábito, Comportamento e Motivação | 14 |
| 2.3. Ferramentas e Estratégias Motivacionais | 17 |
| 3. JUSTIFICATIVA | 24 |
| 4. OBJETIVO | 25 |
| 5. MÉTODO | 26 |
| 6. RESULTADOS | 29 |
| 7. DISCUSSÃO | 33 |
| 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 37 |
| REFERÊNCIAS | 39 |
| APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 44 |
| APÊNDICE 2: Entrevista Inicial | 47 |
| ANEXO 1 - Roda dos Sete Pilares da Saúde Alimentar | 48 |
| ANEXO 2 - Régua de Prontidão para Mudança | 49 |

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de adiposidade no corpo (OMS, 2000), sendo uma doença crônica não transmissível e multifatorial (ABESO, 2016). No Brasil, a partir da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em 2019, a prevalência de excesso de peso em adultos foi de 57,5% e a de obesidade foi de 21,5% (BRASIL, 2020).

A OMS classifica a obesidade como um problema de saúde pública, visto que é associada ao aumento de mortalidade, principalmente por ser um fator de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes e alguns cânceres (OMS, 2000). Além disso, há também um aumento, independente de peso e índice de massa corporal (IMC), no risco de morbimortalidade pela discriminação e estigma sofridos por essa população (WHARTON *et al.*, 2020).

Os tratamentos dietoterápicos, cirúrgicos e medicamentosos são algumas das formas de intervenção em obesidade (TCHANG *et al.*, 2021). Mann *et al.* (2007) relatam que pelo menos um terço das pessoas que fazem dieta recuperam mais peso do que perderam e, além disso, que fazer dieta prevê ganho de peso futuro e obesidade. Com isso, se questiona se essa estratégia na prática promove justamente o oposto do que se objetiva atingir (JACQUET *et al.*, 2020).

Neste contexto de falha nos tratamentos convencionais, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, aponta que estratégias terapêuticas baseadas em teorias da psicologia têm sido cada vez mais utilizadas (BRASIL, 2021). Como os comportamentos são justamente os fatores que contribuem para a causa de diversas condições que levam à morbimortalidade, intervenções que gerem mudanças efetivas nesses comportamentos são essenciais na prevenção dessas condições (MICHIE; JOHNSTON, 2012). Por isso, é de suma importância que o indivíduo esteja engajado e motivado no tratamento (DILILLO; SIEGFRIED; WEST, 2003), motivo pelo qual vem sendo cada vez mais abordada a importância de se realizar intervenções que estimulam

mudanças de comportamento a fim de promover uma perda de peso duradoura (BRASIL, 2021; TCHANG *et al.*, 2021).

Dentre essas intervenções está a Entrevista Motivacional (EM), um método de intervenção inicialmente criado para o tratamento do vício de alcoolistas e tabagistas, tendo resultados pelo aumento da aderência ao tratamento (DILILLO; SIEGFRIED; WEST, 2003), e a utilização de ferramentas de *coaching*, como a Roda da Vida (FIGUEIREDO *et al.*, 2016), podendo esta ser aplicada à saúde alimentar, modelo desenvolvido pela nutricionista Sophie Deram (2021), denominada de Roda dos Sete Pilares da Saúde Alimentar.

Esta roda é uma ferramenta que objetiva gerar autonomia nas escolhas relacionadas à saúde alimentar, por possibilitar reflexão sobre diferentes fatores que influenciam no ato de comer. Além disso, permite ao indivíduo visualizar áreas que necessitam de planos de ação para mudança (DERAM, 2020).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Obesidade

O acúmulo excessivo de adiposidade no corpo caracteriza a obesidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu o Índice de Massa Corporal (IMC) como parâmetro para diagnóstico do sobrepeso e da obesidade. Este índice é calculado a partir da divisão do peso corporal, em quilos, pelo quadrado da altura, em metros. Assim, o indivíduo com IMC entre 25 a 29,9 kg/m² é considerado com sobrepeso e o indivíduo com o IMC maior ou igual a 30 kg/m² é considerado obeso (OMS, 2000). O excesso de peso inclui tanto sobrepeso quanto obesidade, sendo classificado, portanto, pelo IMC maior ou igual a 25 kg/m² (ABESO, 2016).

Recentemente, a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) e a Associação Brasileira de Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) trouxeram uma nova proposta de classificação para obesidade, considerando a perda de peso, em relação ao peso máximo que o indivíduo já alcançou na vida. A partir deste peso máximo, a pessoa com IMC entre 30 e 50 kg/m² que teve uma perda de 5% seria classificado com “obesidade reduzida”, e para uma perda superior a 10% com “obesidade controlada” (HALPERN *et al.*, 2022).

A obesidade é considerada uma doença crônica não transmissível e multifatorial, tendo entre suas inúmeras causas mudanças comportamentais, que vêm ocorrendo ao longo dos anos, em função de mudanças nos hábitos de vida da população (ABESO, 2016). No entanto, a obesidade é, em essência, o resultado do desbalanço resultante do consumo calórico excedente ao gasto energético, por um período de tempo prolongado (ALMEIDA, ANTONIO, RODRIGUES, 2018).

O consumo de alimentos com alta densidade calórica, alta palatabilidade, baixo poder sacietógeno e de fácil absorção e digestão, que vem ocorrendo ao longo das últimas décadas, favorece este desequilíbrio energético (ABESO, 2016). Esse consumo é um resultado de diversos fatores

que caracterizam o chamado ambiente obesogênico e têm sido reconhecidos como potencializadores do risco de ganho de peso. São estes o sedentarismo, o estresse psicológico, a restrição de sono, o uso de medicamentos, as mudanças na produção, disponibilidade e tamanho das porções de alimentos, juntamente da exposição ao marketing, que é inerentemente projetado para influenciar o comportamento alimentar do consumidor (GRANNELL *et al.*, 2021).

No Brasil, dados da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico mostraram que, em 2019, 57,5% da população adulta estava com excesso de peso e 21,5% estava obesa. Mais precisamente, em Porto Alegre, a prevalência estimada de excesso de peso ficou em 58,8% e de obesidade em 19,7% (BRASIL, 2020).

A OMS classifica a obesidade como um problema de saúde pública, visto que é associada ao aumento de mortalidade, por ser um fator de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes e alguns tipos de câncer (OMS, 2000). Além do impacto no indivíduo, a obesidade aumenta os custos com os cuidados em saúde. Os gastos com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes e obesidade alcançaram 3,45 bilhões de reais, em 2018, evidenciando a grande carga econômica dessas doenças para o Sistema de Saúde brasileiro (NILSON, 2020).

Recentemente, o MS destacou o sofrimento psicológico causado pelo estigma da obesidade, conceituado como o abuso verbal e/ou físico associado ao sobrepeso ou obesidade, podendo levar à marginalização, exclusão e discriminação destes indivíduos (BRASIL, 2021). O estigma acontece, frequentemente, com o intuito de desestimular comportamentos não saudáveis e melhorar a saúde das pessoas com obesidade, que são culpabilizadas pelo seu excesso de peso, já que a obesidade é a única condição em que a responsabilização recai unicamente sobre a pessoa que a tem. No entanto, essa discriminação e estigma são contraproducentes, pois

levam a consequências adversas para a saúde física e psicológica desses indivíduos, inclusive gerando um preocupante aumento, independente de peso e IMC, no risco de morbimortalidade (WHARTON *et al.*, 2020; FULTON; SRINIVASAN, 2022).

Além disso, o estigma ainda promove a internalização do preconceito em relação ao peso, gera autodesvalorização e autodepreciação, e os indivíduos estigmatizados acabam tendo maiores chances de adoção de comportamentos que promovem o ganho de peso (BRASIL, 2021). A partir de uma revisão da literatura, Brewis (2014) identificou estudos quantitativos e qualitativos de tomada de decisão e comportamento que mostram que aqueles que se sentem julgados pelos outros por causa de seu peso são menos motivados a serem fisicamente ativos. Assim como também relatam mais “comer por conforto” (*comfort eating*), beliscar e realizar restrições calóricas extremas. Além disso, as pessoas estigmatizadas são menos propensas a procurar os serviços de saúde, tanto para essa quanto para outras condições, gerando um comprometimento do acesso aos cuidados em saúde no País (BRASIL, 2021).

Os tratamentos dietoterápicos, cirúrgicos e medicamentosos são algumas das formas de intervenção em obesidade (TCHANG *et al.*, 2021). No entanto, vem sendo cada vez mais abordada a importância de se utilizar técnicas de mudança de comportamento a fim de promover uma perda de peso duradoura (BRASIL, 2021; WIECHERT; HOLZAPFEL, 2021; TCHANG *et al.*, 2021). Isso porque as terapias convencionais para tratar a obesidade, como qualquer dieta que promova restrição calórica, vêm se mostrando ineficientes, visto que, por mais que possam ter bons resultados a curto prazo, não se mostram duradouras com o passar do tempo (MANN *et al.*, 2007; CHAO; QUIGLEY; WADDEN, 2021). Mesmo assim, a prevalência do “fazer dieta” tem aumentado progressivamente nas últimas décadas, linearmente ao aumento da prevalência da obesidade (MONTANI; SCHUTZ; DULLOO, 2015).

Mann *et al.* (2007), a partir da análise de estudos de longo prazo, tanto randomizados quanto observacionais, com dietas para perda de peso,

estimaram que cerca de um a dois terços das pessoas que fazem dieta acabam recuperando mais peso do que perderam após quatro a cinco anos da intervenção. Por sua vez, um estudo prospectivo com duração de 11 anos e com 2785 participantes adultos, observou que quem relatou fazer dieta para perda de peso e teve flutuação ou perda de peso no ano anterior ao do acompanhamento, teve um maior aumento nas medidas de circunferência da cintura e IMC do que os que não faziam dieta, sugerindo que tentativas de fazer dieta parecem não ser funcionais a longo prazo na população em geral (SARES-JÄSKE *et al.*, 2019).

A partir de uma recente revisão, Grannell *et al.* (2021) identificaram ensaios clínicos randomizados investigando tratamentos para perda de peso em pacientes com obesidade altamente motivados, que revelam que a recuperação significativa do peso é provável para quem foi bem sucedido com a dieta e o exercício, e uma recuperação moderada do peso para quem fez cirurgia, porém com dados limitados sobre as respostas de longo prazo aos novos tratamentos farmacoterapêuticos. Portanto, há a dúvida, ou a preocupação, se a abordagem convencional para perda de peso está promovendo justamente o oposto do que pretende alcançar (JACQUET *et al.*, 2020).

Já é sabido que a baixa eficácia ou ausência de sucesso com dietas de restrição calórica se deve principalmente à falha na adesão à prescrição dietética, o que pode ocorrer rapidamente no decorrer da dieta e geralmente aumenta ao longo do tempo (MONNIER *et al.*, 2020). Portanto, a perda de peso pode sim ser mantida a longo prazo, mas requer uma mudança de comportamento sustentada (THOMAS *et al.*, 2014). Além disso, a literatura aponta que o reganho de peso envolve fatores como metas de peso irrealistas, habilidades inadequadas no enfrentamento ou na resolução de problemas, baixa autoeficácia e um desequilíbrio entre o esforço envolvido e os benefícios recebidos (BYRNE; COOPER; FAIRBURN, 2003; DE LEON; ROEMMICH; CASPERSON, 2020).

Através da revisão de 27 estudos, Lemstra *et al.* (2016) identificaram em torno de 60% de adesão ao tratamento para perda de peso. Dentre os

fatores que interferiram na adesão estavam menor nível socioeconômico (escolaridade e renda), maior peso, falta de supervisão por um profissional, falta de apoio social, insatisfação com o programa ou com os resultados da perda de peso, tabagismo e humor deprimido. Por isso, estes fatores devem ser levados em conta no desenvolvimento de estratégias efetivas no tratamento da obesidade.

O Ministério da Saúde (MS), no Manual de Atenção às Pessoas com Obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS), afirma que as ações individuais e coletivas voltadas para o manejo de obesidade, desenvolvidas no SUS, têm sido pouco efetivas para conter o avanço desta condição na população, visto que as intervenções tradicionais, baseadas em relações verticalizadas entre profissionais de saúde e usuários, tendem a não ser bem sucedidas. No entanto, é importante que não se banalize a perda de peso, reconhecendo que mudar comportamentos relacionados à saúde é um desafio, visto que envolve distintos graus de motivação e prontidão para mudança (BRASIL, 2021). E, para que as mudanças comportamentais sejam significativas e duradouras, é de suma importância que o indivíduo esteja motivado e engajado no tratamento (LOW et al., 2013).

Neste contexto, o MS aponta que intervenções baseadas em teorias da área da psicologia têm sido cada vez mais utilizadas. Em seu documento orientador para mudanças nas práticas de abordagem da promoção da saúde e para uma alimentação adequada e saudável (“Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no SUS”), aborda a importância de se trabalhar o “letramento em saúde”, traduzido como o desenvolvimento de competências cognitivas e sociais para motivar e empoderar os indivíduos para o melhor uso das informações em saúde e, conseqüentemente, para o autocuidado (BRASIL, 2021).

Na diretriz da Associação Médica Canadense para o tratamento clínico da obesidade, há o reconhecimento de que o controle da obesidade não deve focar somente no peso do indivíduo, mas também na melhoria da saúde e do bem-estar como um todo. Como a literatura existente é baseada principalmente em desfechos de perda de peso, é reforçada a importância de

haver mais pesquisas com outras estratégias para o controle da obesidade, centradas no paciente e não somente na sua composição corporal (WHARTON *et al.*, 2020). No Brasil, o MS também considera que a perda de peso é somente um dos fatores a serem considerados no processo de cuidado das pessoas com obesidade. Além disso, reforça que quando o peso é o único objetivo da intervenção, pode inclusive se distanciar do saudável (BRASIL, 2021).

Portanto, é interessante que os profissionais da saúde eduquem os pacientes de que o sucesso no controle da obesidade está relacionado à melhoria da saúde, função e qualidade de vida, resultante de metas comportamentais alcançáveis e não da quantidade de perda de peso. Intervenções comportamentais, aliadas a uma abordagem sem dietas, podem ser ferramentas valiosas para melhorar a qualidade de vida, o bem-estar geral, a percepção da imagem corporal, os desfechos cardiovasculares, o peso corporal, a atividade física, o autocontrole e os comportamentos alimentares de indivíduos com obesidade (WHARTON *et al.*, 2020).

2.2. Hábito, Comportamento e Motivação

Apesar da percepção que as pessoas têm controle sobre seus atos, uma proporção significativa dos seus comportamentos diários é, na verdade, impulsionada pelo hábito (MENDELSON, 2019). Exatamente o que foi identificado por Wood, Quinn e Kashy (2002), avaliando 224 indivíduos que apresentaram quase metade de suas ações realizadas da mesma forma e no mesmo contexto, sem se darem conta disso. Justamente, os hábitos têm o importante papel de tornar o comportamento mais eficiente, reduzindo a carga de decisões que se pode enfrentar e liberando energia mental para tarefas mais exigentes (BLANCO, 2014). Entretanto, para evitar que os hábitos estabelecidos interfiram nas necessidades e planos atuais, o cérebro deve ser capaz de usar e alternar entre uma estratégia baseada em hábitos e outra baseada em metas e objetivos (MENDELSON, 2019).

O hábito pode ser tanto uma rotina, quanto um comportamento ou mesmo um processo cognitivo que começa espontaneamente, mas é repetido automaticamente como resultado de experiências anteriores recompensadoras, já que são dependentes de contexto (pistas do ambiente) e reforçados com a repetição. Conforme a constante exposição a um contexto e o fortalecimento do hábito, o comportamento vai ficando cada vez menos responsivo a outros objetivos que possam surgir (WOOD; RÜNGER, 2016). Por outro lado, o comportamento direcionado a um objetivo ou meta é realizado com base em resultados previstos ou esperados, o que permite a adaptação do hábito às mudanças no contexto (MENDELSON, 2019).

Além disso, para mudar o comportamento, é necessário entender por que os comportamentos são como são e o que deve ser mudado para que o comportamento desejado ocorra (ATKINS; MICHIE, 2015).

O modelo *COM-B*, traduzido para o português como *COM-C* (Capacidade, Oportunidade, Motivação e Comportamento/*Behavior*), explica que o comportamento é resultado de um sistema interativo que envolve todos esses componentes: Capacidade física (força e/ou resistência) e psicológica (conhecimento e habilidade); Oportunidade física (o que o ambiente permite ou facilita em termos de tempo, gatilhos, recursos, locais e barreiras) e social (influências interpessoais, pistas sociais e normas culturais); e Motivação reflexiva (planejamento e avaliações autoconscientes, crenças sobre o que é bom ou ruim) ou automática (reações emocionais, desejos, impulsos e respostas reflexas) (ATKINS; MICHIE, 2015). Resumindo, para que qualquer comportamento ocorra, os indivíduos devem ter Capacidade física e psicológica, Oportunidade física e social e estar Motivados. Ter clareza sobre como fazer, entender a importância e ter as habilidades necessárias facilita a mudança (ATKINS; MICHIE, 2013).

Para Miller e Rollnick (2007), a motivação é um estado de prontidão ou de avidez para a mudança, que pode oscilar com o tempo, de uma situação para outra, ou ser influenciada. Atkins e Michie (2013) reforçam essa noção ao afirmar que as intenções e planos só podem influenciar o comportamento quando geram desejos ou necessidades fortes o suficiente, no momento

relevante, para superar desejos ou necessidades concorrentes. Isso permite explicar por que muitas vezes as intenções não se traduzem em comportamento, como por exemplo, um indivíduo planeja uma refeição saudável e tem a intenção de escolher uma salada ao invés de um hambúrguer no almoço, mas se houver um desejo competitivo mais forte, como o desencadeado pelo cheiro do hambúrguer na grelha, as suas intenções podem perder para esses desejos.

Com o objetivo de entender como ocorre o processo de mudança de comportamento, o Modelo Transteórico de Motivação para Mudança Comportamental foi descrito pela primeira vez em 1994 por James O. Prochaska, John C. Norcross e Carlo C. Diclemente. Nele, é afirmado que mudar um comportamento não é uma coincidência, mas sim um processo, e diferentes pessoas estão em diferentes estágios de mudança (HASHEMZADEH *et al.*, 2019), ainda, afirma que a motivação não é estática, mas sim fluida, como uma espiral, pois o sujeito pode circular entre os estágios de forma não linear (LUDWIG, 2017).

Os Seis Estágios de Mudança que o indivíduo pode estar são: o estágio de pré-contemplação - sem nenhuma intenção de mudar o comportamento, com negação da necessidade de mudança -, contemplação - reconhecimento de que há um problema e começa-se a pensar seriamente em mudar isso, mas há ambivalência -, preparação - planejamento para iniciar a mudança e faz-se os últimos ajustes prévios à mudança no comportamento -, ação - modificação do comportamento e do ambiente em que se encontra -, manutenção - foco em preservar o novo comportamento e conflitos, com recaídas - e terminação - sem a tentação de retornar aos seus comportamentos prévios, estágio em que se pode ter completa confiança de que o indivíduo mudou o seu comportamento inicial (PROCHASKA; NORCROSS; DICLEMENTE, 2002).

Após revisão sistemática da literatura, Hashemzadeh *et al.* (2019) concluíram que o uso do Modelo Transteórico é capaz de criar fortes mudanças no comportamento humano e pode ser aplicado na prevenção de doenças crônicas, cujo foco principal é na educação e na melhoria do estilo

de vida. Um dos métodos para melhorar o estilo de vida é mudar os padrões de comportamento, no entanto, os princípios que orientam os modelos de intervenção em saúde têm se concentrado em fornecer informações e ignorado em grande parte o papel de fatores motivacionais, sociais e ambientais. As intervenções são muitas vezes apelativas, como o uso de imagens de artérias obstruídas em campanhas para cessar o tabagismo. No entanto, há evidências limitadas da eficácia dessas abordagens, ao mesmo tempo em que crescem as evidências que intervenções mais abrangentes, que levam em consideração fatores tanto psíquicos quanto ambientais, mostram-se mais eficazes (ATKINS; MICHIE, 2013).

Por exemplo, a partir de uma intervenção interdisciplinar não prescritiva, por sete meses, em mulheres obesas, baseada no *Health at Every Size*, que é uma abordagem focada na promoção de comportamentos saudáveis em pessoas com diferentes tamanhos corporais e não centrada no peso, houve melhora nas atitudes e práticas alimentares das participantes, a percepção da imagem corporal, a capacidade física e a qualidade de vida relacionada à saúde, apesar de não haver mudanças no peso corporal e nos níveis de atividade física espontânea. Neste estudo, as participantes foram incentivadas a aumentar a atenção ao comer, ou seja, comer sem distrações, passar mais tempo à mesa e avaliar o que sentiam vontade de comer, resultando em mudanças positivas no consumo alimentar (ULIAN *et al.*, 2018).

2.3. Ferramentas e Estratégias Motivacionais

Figueiredo *et al.* (2016) ressaltam a importância de fortalecer o papel do nutricionista como agente de mudança de comportamento alimentar e, para isso, abordam como utilizar ferramentas de *coaching* para a prática profissional. O campo de *coaching* nos cuidados em saúde está apenas começando a emergir, sendo um processo que auxilia o indivíduo a buscar o seu potencial para maximizar o desempenho, com uma abordagem centrada no indivíduo que facilita e estimula a pessoa a desenvolver competências e

habilidades e a se mover em direção aos seus objetivos de uma forma sustentável. Algumas das teorias que sustentam a base do *coaching* são a Entrevista Motivacional e o Modelo Transteórico de Mudança (AHN; ZIEDONIS, 2019; FIGUEIREDO *et al.*, 2016).

Os coaches usam a escuta ativa e perguntas qualificadas que potencialmente criam um catalisador para a mudança e o crescimento da autoconsciência, da consciência do outro e, por fim, uma mudança de comportamento (AHN; ZIEDONIS, 2019). Portanto, no âmbito do nutricionista, o principal papel das ferramentas de *coaching* é tornar o processo de aconselhamento nutricional mais didático e direcionado aos anseios do paciente, como, por exemplo, a Roda da Vida ou de Bem-Estar, que permite ao paciente avaliar vários aspectos ou áreas da sua vida naquele momento. Essa roda é um círculo dividido em partes, que representam aspectos da vida, sendo que já foi adaptada para diversos contextos de *coaching*, adequando-se à área que se quer avaliar (FIGUEIREDO *et al.*, 2016).

Nesta perspectiva, a nutricionista e doutora em endocrinologia Sophie Deram desenvolveu a Roda dos Sete Pilares da Saúde Alimentar - que neste trabalho será abreviada como Roda -, ilustrada no livro *Os 7 pilares da saúde alimentar*, sendo uma adaptação da Roda da Vida, objetivando estimular uma autoavaliação da saúde alimentar. Essa é uma ferramenta com grande potencial no desenvolvimento de autonomia, por permitir um momento autorreflexivo sobre sentimentos e sensações associados ao ato de comer. Ainda, o seu uso estimula que o indivíduo se empodere das suas decisões, tenha intenção, atenção, gentileza, sabedoria e uma posição não julgadora sobre si e sobre o que sente e for decidir fazer para mudar ou não o seu modo de agir (DERAM, 2021).

Os sete pilares da saúde alimentar são baseados nos “sete segredos da saúde alimentar”, sendo estes detalhados no livro *O peso das dietas*, de Sophie Deram (2018), com o objetivo de auxiliar na mudança de hábitos e melhorar a alimentação. A autora confronta a noção ultrapassada de cuidado em saúde baseada no princípio de comer menos e se movimentar mais, ou “fechar a boca e malhar”. Na Roda, portanto, os sete segredos são os sete

pilares, sendo eles divididos em quinze sub pilares, que deverão ser classificados em um escore de satisfação de um a dez: praticar o ritual da refeição (escolher e/ou comprar alimentos, cozinhar comida caseira, compartilhar a refeição), alimentar-se de outras energias (atividade física e lazer, rotina de sono), comer melhor, não menos (comer com prazer, escolher qualidade e variedade), ter consciência da fome/saciedade e da nutrição (saborear a comida, sentir-se nutrido), pensar sustentável (paciência no processo, metas realistas), cuidar da mente (reconhecer o positivo, lidar com o estresse) e fazer as pazes com o corpo (aceitar o corpo, confiar no corpo).

O momento de preencher a roda é uma oportunidade de olhar para áreas da vida que, mesmo que o indivíduo não perceba, podem ajudar a explicar suas dificuldades e descontentamentos com a comida e seu corpo, ajudando-o a se reconectar consigo mesmo. Ainda, permite acompanhar as transformações e evoluções no processo de mudança, tendo como sugestão preencher a roda novamente dois ou três meses depois de colocar em prática as mudanças estabelecidas por ele, sendo mais nítido onde houve maior evolução e quais áreas ainda demandam atenção (DERAM, 2021).

Após preenchida, o paciente consegue visualizar quais áreas obtiveram menor pontuação, sendo estas as que precisarão de maior atenção. A partir disso, é possível definir por onde começar o processo de mudança de hábitos, criando um plano de ação com passos simples, mas que possam ser adotados rapidamente. No entanto, é interessante que não se foque somente na pior nota, pois poderá ser a mais difícil de evoluir para o paciente, é importante focar nas notas baixas que o próprio paciente identifique que, com um pouco de atenção, poderão ser melhoradas mais facilmente, visto que uma pequena percepção de melhora pode trazer a coragem e sensação otimista, assim gerando maior autoeficácia, ou seja, o sentimento de que o paciente é capaz de mudar (DERAM, 2021).

Além disso, Craig, Senior e Mitchel (2019) trazem como pode ser interessante utilizar também a Entrevista Motivacional como estratégia no processo de mudança comportamental, visto que pode ajudar a direcionar a discussão, permitindo o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e

confiança para gerenciar e tomar decisões informadas sobre sua própria saúde.

Na tentativa de definir a Entrevista Motivacional (EM), Miller e Rollnick (2007) a descreveram como “um estilo de aconselhamento diretivo, centrado no cliente, para provocar mudanças de comportamento, ajudando os clientes a explorar e resolver a ambivalência”. Em vista disso, a EM está centrada na administração da ambivalência, que é o conflito do “quero, mas não quero”, quando o paciente possui motivações flutuantes e conflitantes, como por exemplo afirmar “eu vim buscar ajuda” e logo em seguida falar “mas não é tão sério assim”.

Em um estudo qualitativo que buscava identificar as diferenças no pensamento e comportamento entre aqueles indivíduos que mantêm e aqueles que retomam o peso perdido, a ambivalência foi descrita como mais presente nos pacientes que retomaram o peso perdido do que nos que o mantiveram. Ainda, relatou que haviam claras diferenças entre os "mantenedores" e "recuperadores" em relação a fatores comportamentais relevantes para o controle de peso, como a ingestão alimentar, nível de atividade física e o monitoramento após a perda bem-sucedida de peso (BYRNE; COOPER; FAIRBURN, 2003).

A EM considera a ambivalência uma aliada e não um objeto de resistência. Através da escuta ativa, reflexiva e empática, pode-se trabalhar a motivação e auxiliar o indivíduo a se colocar em ação no tratamento (MORAES; OLIVEIRA, 2011). Além disso, a EM procura identificar as discordâncias entre os objetivos do indivíduo e o seu comportamento atual (ambivalência), assim focando nos seus reais interesses de mudança, ao invés de metas engessadas de tratamento. Não há imposição, mas sim a permissão para que o indivíduo reflita, sugira e queira mudar seus hábitos. Deste modo, pode-se sentir mais no controle da intervenção e obter maior satisfação com ela, desenvolvendo a autoeficácia (DILILLO; SIEGFRIED; WEST, 2003).

Para atingir seus objetivos, a EM se pauta nos seguintes princípios: expressar empatia (aceitação que promove a criação da aliança terapêutica e

estimulação da autoestima), desenvolver a discrepância (entre onde o indivíduo está e onde quer chegar), evitar a argumentação (sem confrontação que gere resistência ou justificação, mas sim uma persuasão gentil que promova a conscientização dos problemas e da necessidade de mudança), acompanhar a resistência (usá-la à favor da intervenção, reformulando as declarações do indivíduo) e promover a auto-eficácia (indivíduo crê que é capaz de mudar). Além disso, os autores Miller e Rollnick (2007) reforçam a importância de evitar armadilhas, como somente fazer perguntas ao indivíduo, evitar passar a impressão de que o profissional da saúde tem todas as respostas, evitar a rotulação do problema, evitar focar no problema enquanto o paciente não se mostrar pronto ou ainda não enxergá-lo como um problema, e evitar encontrar um culpado para a sua situação, mas sim focar em como entender o que o incomoda e identificar o que ele pode fazer quanto a isso.

Portanto, a EM preconiza uma atmosfera de aceitação e confiança, onde o indivíduo possa explorar o seu problema. A partir de perguntas abertas, pode-se encorajá-lo a falar o máximo possível, como por exemplo “por que você não começa do início, quando isso começou a ser um problema e como tem sido até hoje?”. Além disso, é muito importante exercer a escuta reflexiva, que é uma inferência sobre o que é dito, ou seja, uma maneira de verificar, em vez de pressupor que se sabe o que o outro quer dizer, reforçando certos aspectos ou alterando ligeiramente o seu sentido através de uma afirmação. Por exemplo, ao ser dito “eu não quero parar de comer muito”, pode-se responder “você não acha que funcionaria” ou “minha mulher está exagerando, nunca fiquei tão mal assim”, pode-se responder “parece que ela não tem motivos para se preocupar com você”. Ademais, é imprescindível que se encoraje e apoie o indivíduo, com elogios e afirmações de apreciação e compreensão, como “acho ótimo que você queira fazer algo em relação a este problema” (MILLER; ROLLNICK, 2007).

Outro pilar importante da EM é fazer resumos periodicamente, pois conectam os tópicos que já foram discutidos, permitem uma melhor reflexão dos pontos positivos e negativos e preparam o indivíduo a seguir adiante. E,

por fim, é interessante eliciar afirmações automotivacionais para auxiliar a resolver a ambivalência, ou seja, o foco é que o próprio indivíduo dê voz aos argumentos para a mudança (e não o profissional), por meio de perguntas evocativas, como “o que lhe preocupa no seu comportamento de hoje?”, “quais seriam as vantagens de fazer uma mudança?” e “daqui a um ano, como você acha que vai estar, caso não mude nada da sua rotina de hoje?” (MILLER; ROLLNICK, 2007).

A EM tem como base os Seis Estágios de Mudança do Modelo Transteórico (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e terminação) com o objetivo de reforçar a motivação intrínseca, conforme o estágio de mudança, direcionando a intervenção para a mudança do indivíduo, sem criticar ou julgar (MILLER; ROLLNICK, 2007). Quanto menos pronto estiver, mais deverão ser trabalhados os processos cognitivos (ajudar a pensar sobre o problema, que ainda pode não reconhecer como tal), quanto mais pronto estiver, mais são trabalhados os processos comportamentais, que vão auxiliar na adesão ao novo comportamento. O tempo que permanecerá em cada estágio é variável, mas as tarefas para progredir de um estágio para outro não (LUDWIG, 2017).

Avaliar em qual estágio o sujeito está pode ser feito por meio da escuta atenta do entrevistador ou também através de escalas, como a Régua de prontidão para mudança de Velasquez *et al.* (2016), em que o indivíduo deve identificar qual ponto de uma linha melhor reflete o quão pronto está para mudar (cessar comportamento problema ou iniciar comportamento-alvo): nada preparado, pensando em mudar, preparado para mudar, trabalhando ativamente na mudança ou mantendo a mudança.

A EM, então, traz potenciais benefícios no tratamento de indivíduos com excesso de peso, uma vez que estimula a identificação de barreiras e resistências à mudança de hábitos (LIMBERS; TURNER; VARNI, 2008; LOW *et al.*, 2013). Apesar disto, nem todos os estudos que utilizaram a EM como ferramenta de motivação alcançaram sucesso, o que leva a reflexão sobre suas limitações, sugeridas em alguns estudos em função de barreiras

socioeconômicas e socioculturais (BEFORT et al., 2008; FINGER; POTTER, 2011).

No Brasil, a EM vem sendo progressivamente adicionada aos métodos terapêuticos mais tradicionais. A fim de conhecer como a EM está sendo utilizada em território nacional, Andretta et al. (2014) realizaram uma revisão sistemática e não identificaram estudos que analisavam a EM no emagrecimento, tendo somente um estudo com o grupo de indivíduos obesos ou com sobrepeso especificamente para o tratamento do Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica. Os autores concluíram que, por mais que seja uma estratégia potencialmente efetiva para aumentar a prontidão para a mudança de um comportamento, mais pesquisas utilizando esta abordagem são necessárias. Além disso, Santini (2019) em sua revisão narrativa sobre o uso da EM na prática do nutricionista, afirma que no Brasil, os estudos sobre Entrevista Motivacional são pouco explorados e ainda têm como foco principal a dependência química.

3. JUSTIFICATIVA

A obesidade é um problema de saúde pública e o seu tratamento vem se mostrando como um desafio para os profissionais da saúde e para os pacientes, por dificuldades tanto na aderência ao tratamento, quanto na manutenção ou evolução de resultados. Felizmente, abordagens prescritivas e verticalizadas no tratamento vêm sendo substituídas por aquelas que valorizam a experiência do paciente. Nesta linha, muitos nutricionistas têm utilizado uma abordagem nutricional mais centrada no paciente, colocando este como protagonista da sua mudança. Com este foco, a EM e a Roda, têm sido utilizadas como ferramentas de apoio.

Apesar da literatura científica já contar com estudos sobre o uso da EM com resultados positivos, tanto na motivação quanto na mudança de comportamentos, infelizmente, ainda há uma carência de estudos com a população brasileira. Em relação ao uso da Roda na prática clínica do nutricionista, não identificamos estudos com esta ferramenta.

4. OBJETIVO

Relatar a aplicação, na primeira consulta, da Roda dos Sete Pilares da Saúde Alimentar utilizando a estratégia da EM, em quatro indivíduos atendidos no ambulatório do Serviço Médico Ocupacional (SMO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

5. MÉTODO

O presente trabalho é um relato de casos, do primeiro encontro, do projeto em andamento “Uso de uma Ferramenta Motivacional para Mudança de Comportamento Alimentar de Indivíduos com Excesso de Peso”. Trata-se de um estudo transversal com adultos com excesso de peso, que procuraram orientação nutricional no ambulatório “Nutrição do Trabalhador”, no Serviço Médico Ocupacional (SMO), do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

O SMO/HCPA disponibiliza uma agenda de quatro consultas semanais, nas manhãs de terças-feiras, para atendimento a colaboradores que buscam orientação nutricional. Os atendimentos são realizados por alunos do curso de nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, orientados por uma nutricionista, professora do curso. Além do atendimento no ambulatório, os alunos participam de uma atividade online, quinzenal, coordenada pela professora, para discussão de artigos e troca de experiências sobre comportamento alimentar. Para aplicação da Roda e da EM, a aluna proponente do projeto realizou a leitura prévia dos livros “Os 7 Pilares da Saúde Alimentar” e “Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos” (DERAM, 2021; MILLER; ROLLNICK, 2007).

Os colaboradores procuram atendimento de forma espontânea ou indicados pelos médicos que atendem no SMO, ou ainda, pelos profissionais de educação física que fazem orientação na academia da Associação dos Servidores do HCPA (ASHCLIN).

O estudo foi realizado com uma amostra por conveniência, na qual, todos os indivíduos que agendaram consulta no ambulatório de “Nutrição do Trabalhador”, entre fevereiro e abril de 2022, após triagem pelos critérios de inclusão e exclusão, foram convidados a participar. Foram considerados elegíveis adultos, com IMC ≥ 25 kg/m². Foram excluídas gestantes, puérperas e todos que não aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1).

A 1ª consulta, com duração de 60 minutos, iniciou por meio da Entrevista Inicial (APÊNDICE 2), que segue o protocolo de atendimento no ambulatório, com o registro dos seguintes dados: patologias em tratamento e medicamentos de uso regular, local e horário de trabalho, hábito intestinal, com quem reside, se possui alergia ou intolerância alimentar, histórico do peso, peso usual, peso atual, altura, IMC e exames laboratoriais (quando disponíveis).

Foi preenchida a Roda dos Sete Pilares da Saúde Alimentar (ANEXO 1) através da orientação para que o participante marcasse, de 1 a 10, o quanto percebe sua satisfação com cada um dos sub pilares, que compõem os pilares da Roda. Foi sugerido iniciar pelo pilar “Praticar o ritual da refeição” e, depois, seguir em sentido horário até o pilar “Fazer as pazes com o corpo”. Durante o preenchimento da Roda, através de escuta ativa, foram feitas perguntas abertas e evocativas e resumos do que foi discutido.

Foi apresentada a Régua de Prontidão (ANEXO 2) e solicitado que o participante indicasse seu grau de motivação para mudanças. Esta ferramenta consiste em uma técnica visual simples, com uma escala de 1 a 10, sendo 1 “nem um pouco motivado” e 10 “totalmente motivado” (DUNKER *et al.*, 2019).

O peso atual em quilogramas foi aferido em uma balança digital da marca Welmy®, modelo RI W 200. A altura em centímetros foi aferida em estadiômetro de parede da marca Tonelli®. Para as medidas, os participantes estavam descalços, vestindo um avental sobre as roupas íntimas, livres de adornos (como óculos, relógio e bijuterias volumosas), posicionados no centro do equipamento, com os braços ao longo do corpo e cabeça ereta. O IMC foi calculado dividindo-se o peso (kg) pela altura (m) ao quadrado e classificado de acordo com a OMS (2000).

As consultas foram conduzidas conforme preconizado pela EM, auxiliando os participantes a explorarem as insatisfações identificadas, ou subentendidas. A consulta finalizou com a combinação de até 3 metas realistas, para o encontro seguinte, em 15 dias.

Este trabalho seguiu os princípios éticos de privacidade e confiabilidade das informações, conforme preconizado nas normas da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA. Os pesquisadores assinaram a "Declaração de Cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais".

6. RESULTADOS

RELATO 1

Paciente J. S., sexo feminino, 41 anos, 1,58 m, 95,5 kg e IMC 38,25 kg/m² (obesidade grau II). Possui lupus, transtorno de ansiedade e passou por um episódio de ataque isquêmico transitório (AIT) em março de 2021. Chega à consulta com o objetivo de melhorar a saúde e qualidade de vida, a fim de evitar novo episódio de AIT. Ao aplicarmos a Roda, a participante mostrou-se satisfeita com a maioria dos pilares (entre 8 e 10). A participante pontuou 7 no subpilar “rotina do sono” e 6 no subpilar “compartilhar refeições”. Na régua de prontidão, indicou estar muito motivada para mudanças (nota 10). Identificamos que esta participante estava no estágio de “ação para mudanças” quanto à maioria dos seus hábitos alimentares, com excesso do consumo de doces, no qual estava em estágio de contemplação. A partir da roda, a participante mostrou interesse em trabalhar no pilar “compartilhar a refeição”, referindo não sentir-se bem com a falta de organização do tempo para o seu almoço.

RELATO 2

Paciente R. A. B., sexo feminino, 57 anos, 1,67 m, 87 kg, IMC 31,2 kg/m² (obesidade grau I). Possui diabetes mellitus tipo II e já passou por um episódio de infarto agudo do miocárdio (IAM). Objetiva perda de peso, por recomendação do cardiologista e vontade própria. Preencheu a Roda e mostrou-se satisfeita com a maioria dos subpilares (pontuações > 8), com exceção do subpilar “atividade física e lazer” (nota 1). Na régua de prontidão, indicou estar muito motivada para mudanças (nota 10). Identificamos que o indivíduo estava no estágio de contemplação para mudanças. Para o próximo encontro, foram combinadas metas para trabalhar o subpilar “Escolher e/ou comprar alimentos”.

RELATO 3

Paciente M. W., sexo feminino, 43 anos, 1,60 m, 78,9 kg, IMC 30,8 kg/m² (obesidade grau I). Procura atendimento para perda de peso, referindo ganho de peso após gestações (há 11 e 4 anos), sendo que seu peso pré-gestacional era 65 kg, além de relatar ganhar 5 kg a cada verão, com dificuldade para perder. Já teve experiências com dietas restritivas (*Low Carb*) durante 1 ano e perdeu 7 kg, porém com dificuldades na restrição alimentar. Preencheu a Roda e os subpilares com a menor satisfação (pontuação de 3 a 6) foram “aceitar o corpo”, “rotina de sono”, “atividade física e lazer”, “lidar com estresse” e “paciência no processo”, mas mostra-se satisfeita com seu hábito alimentar (pontuação de 8 a 10 com relação a hábitos e escolhas alimentares). Na régua de prontidão, indicou estar muito motivada para mudanças (nota 10). Identificamos que o indivíduo estava no estágio de contemplação para mudanças. Para o próximo encontro, a paciente se propôs a trabalhar no subpilar “atividade física e lazer”.

RELATO 4

Paciente E. C. S., sexo masculino, 47 anos, 1,72 m, 92,8 kg, IMC 31,37 kg/m² (obesidade grau I). Possui hipertensão arterial sistêmica (HAS), esofagite, hérnia de hiato, esteatose hepática e depressão. Chega ao ambulatório com o objetivo de perder peso e melhorar a qualidade alimentar, visto que não se sente bem e já tem problemas relacionados, como dores no joelho, esteatose e HAS e percebe que melhora a qualidade de vida quando perde peso. Apontou estar motivado para fazer mudanças pela régua de motivação (nota 8). A partir do preenchimento da Roda, o participante mostrou insatisfação com a maioria dos subpilares, sendo os mais baixos (pontuação de 1 a 4) “escolher e/ou comprar os alimentos”, “atividade física e lazer”, “rotina de sono”, “escolher qualidade e variedade”, “aceitar o corpo” e “confiar no corpo”. Identificamos que o indivíduo estava no estágio de

contemplação para mudanças. O participante se propôs a iniciar a mudança pelo subpilar “atividade física e lazer”.

Em uma análise geral, os subpilares que obtiveram pontuação maior que 6, em 100% dos participantes, foram: “sentir-se nutrido”, “cozinhar comida caseira”, “comer com prazer”, “saborear a comida”, “metas realistas” e “reconhecer o positivo”. Entre os subpilares que tiveram pelo menos uma pontuação menor que cinco estão: “confiar no corpo”, “aceitar o corpo”, “lidar com o estresse”, “paciência no processo”, “escolher qualidade e variedade”, “rotina de sono”, “atividade física e lazer” e “escolher e/ou comprar os alimentos”. Todos os participantes manifestaram estar totalmente motivados para realizar mudanças nos seus hábitos, com três indicando 10 e um indicando 8, como grau de motivação para mudança. Um detalhamento dos resultados está apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Características demográficas, do estado nutricional, motivacional e satisfação nos subpilares da Roda dos 7 Pilares da Saúde Alimentar por funcionários de um hospital escola, Porto Alegre, RS, 2022.

| | Sexo | Idade (anos) | Altura (m) | Peso (kg) | IMC (kg/m ²) | Régua de Motivação | Escolher e/ou comprar os alimentos | Cozinhar comida caseira | Compartilhar a refeição | Atividade física e lazer | Rotina de sono | Escolher qualidade e variedade | Comer com prazer | Sentir-se nutrido | Saborear a comida | Metas realistas | Paciência no processo | Reconhecer o positivo | Lidar com o estresse | Aceitar o corpo | Confiar no corpo |
|---|------|--------------|------------|-----------|--------------------------|--------------------|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------------|------------------|-------------------|-------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------|------------------|
| 1 | F | 41 | 1,58 | 95,5 | 38,26 | 10 | 9 | 9 | 6 | 8 | 7 | 10 | 10 | 9 | 10 | 10 | 10 | 10 | 8 | 10 | 10 |
| 2 | F | 57 | 1,67 | 87 | 31,20 | 10 | 8 | 10 | 9 | 1 | 10 | 10 | 9 | 9 | 10 | 9 | 8 | 10 | 10 | 8 | 9 |
| 3 | F | 43 | 1,60 | 78,9 | 30,82 | 10 | 9 | 8 | 8 | 6 | 6 | 9 | 9 | 10 | 9 | 8 | 3 | 6 | 5 | 3 | 5 |
| 4 | M | 47 | 1,72 | 92,8 | 31,37 | 8 | 3 | 6 | 8 | 1 | 4 | 3 | 6 | 7 | 6 | 8 | 7 | 10 | 5 | 3 | 3 |

7. DISCUSSÃO

A Roda é uma ferramenta que instiga o indivíduo a olhar criticamente para diferentes áreas da sua vida, no momento atual, e avaliar a presença de barreiras que dificultam atingir seu objetivo de mudar hábitos alimentares e reduzir peso.

Por meio da aplicação da Roda, três dos quatro participantes demonstraram não ter a percepção de que seus hábitos alimentares mantinham seu peso corporal elevado ($IMC > 30\text{kg/m}^2$), ou mesmo de que havia espaço para melhorias, visto que os subpilares “escolher e/ou comprar os alimentos”, “cozinhar comida caseira”, “compartilhar a refeição”, “escolher qualidade e variedade”, “comer com prazer”, “sentir-se nutrido” e “saborear a comida” obtiveram pontuação maior que 8, ou seja, indicando elevado nível de satisfação. Estudos mostram que as pessoas não têm uma clara percepção sobre seus hábitos, uma vez que, na maior parte das vezes, não fazem escolhas alimentares de forma consciente, mas sim automática (habitual). Tais escolhas sofrem influência de inúmeros fatores, dentre eles os ambientais, sociais, psicológicos e biológicos (BROWN, 2013; DE LEON; ROEMMICH; CASPERSON, 2020; GRANNELL *et al.*, 2021; SAÚL *et al.*, 2022; WANSINK; SOBAL, 2007; WEIJZEN; DE GRAAF; DIJKSTERHUIS, 2008).

Wansink e Sobal (2007) identificaram que muitas decisões relacionadas ao comer ocorrem “sem pensar”. Por meio de um questionário, 139 indivíduos mostraram subestimar o número de decisões que tomam, em um dia, em relação à sua alimentação (quando, o quê, quanto, onde e com quem comiam), ou seja, enquanto acreditavam que tomavam em torno de 14 a 15 decisões, na realidade tomavam em torno de 15 vezes mais. Em outro momento, 379 pessoas foram separadas em 2 grupos e encaminhadas para fazer uma refeição em um refeitório; destas, 192 (51%) foram aleatoriamente alocadas para se servir em um refeitório à parte, com pratos, tigelas, colheres e embalagens maiores. Em média, estes 192 indivíduos serviram e comeram 31% a mais de comida do que o outro grupo. Quando foram entrevistados,

21% destes negaram ter comido mais, 75% atribuíram seu consumo a motivos como fome ou por ter comida de graça e apenas 4% atribuíram seu consumo às diferenças no ambiente. Os autores concluem que as pessoas estão cientes de somente uma pequena parte das decisões alimentares que tomam e que a maior parte das escolhas são “automáticas” ou inconscientes, sem considerar o que, quanto e o por quê selecionam e consomem.

Outra hipótese para a superestimação na pontuação na Roda é que os participantes podem realmente acreditar que têm uma boa rotina alimentar. Será que, em sua percepção, fazer certas escolhas saudáveis, como comer vegetais no almoço, diminui o impacto de quando optam por opções menos saudáveis? Assim, acham que já estão fazendo boas escolhas e pontuam alto no subpilar “escolher qualidade e variedade”, por exemplo, sem olhar para o todo do prato e da rotina do dia?

A presença de crenças de saúde compensatórias poderia explicar este elevado índice de satisfação com a alimentação, que encontramos em 3 dos 4 participantes. Trata-se de acreditar que consequências negativas de um comportamento não saudável, como por exemplo comer chocolate, podem ser amenizadas com os efeitos positivos que a pessoa crê obter com outro comportamento, como fazer exercício físico. Portanto, a ativação dessas crenças poderia diminuir a intenção de não consumir alimentos não saudáveis (AMREIN *et al.*, 2017). Zhao *et al.* (2021) recomendam que profissionais da saúde identifiquem a presença dessas crenças, a fim de implementar medidas de controle.

Durante a aplicação da roda, o pilar “ter consciência da fome/saciedade e da nutrição”, recebeu uma pontuação elevada, no entanto durante a conversa, pelo menos metade dos participantes manifestaram não ter uma boa noção sobre seus sinais de fome e saciedade. O mesmo foi percebido por De Leon; Roemmich e Casperson (2020) questionaram 33 mulheres com excesso de peso, sobre as maiores barreiras que as impedem de ter sucesso em uma tentativa de perder peso; dentre os relatos mais frequentes estavam “saber o quanto comer” e “difícil saber quando parar de comer”. O mesmo foi identificado por Ulian *et al.* (2018), estudando 58

mulheres com obesidade; as participantes demonstraram dificuldades em identificar seus sinais de fome e saciedade.

Grannell *et al.* (2021) discutem que o peso é influenciado fortemente pelo mecanismo de fome e saciedade, o qual pode estar alterado no corpo com obesidade por diversos fatores. Conforme vai se ganhando peso, a regulação do apetite vai sendo prejudicada por meio de alterações na microbiota intestinal, na produção de peptídeos gastrointestinais, na sinalização vagal, na sinalização de leptina (hormônio anorexígeno, que promove saciedade) e nos centros de recompensa. Esses fatores levam à fome aumentada e saciedade reduzida. Além disso, essa regulação ocorre em regiões subcorticais do cérebro, as quais não estão associadas à experiência consciente, o que pode explicar a dificuldade que as pessoas têm em controlar conscientemente o apetite, principalmente em um estado de desregulação devido ao peso aumentado. Os autores desafiam, portanto, a narrativa de que as pessoas são livres para controlar o seu peso dentro do ambiente obesogênico contemporâneo, parecendo possível que, para muitos, a capacidade de fazer escolhas saudáveis possa ser altamente determinada por processos além da experiência e controle conscientes.

O subpilar que obteve menor satisfação foi o “atividade física e lazer”, sendo que este foi o que metade dos participantes se propôs a trabalhar de início. No estudo transversal de Caterson *et al.* (2019), 78% de 14502 pessoas com obesidade identificaram a falta de exercício físico como uma das maiores barreiras à perda de peso. Em uma revisão sistemática, Varkevisser *et al.* (2018) encontraram fortes evidências para o aumento no nível de atividade física ser um preditor positivo da manutenção da perda de peso. Além disso, é reconhecido que a combinação de atividade física aumentada e uma dieta mais saudável é provavelmente a melhor maneira de manter um peso estável e mais baixo a longo prazo (HELLAND; NORDBOTTEN, 2021). Dentre estudos randomizados e controlados, uma das maiores razões encontradas para a falta de atividade física de pessoas com obesidade foi a falta de motivação (HELLAND; NORDBOTTEN, 2021; STANKEVITZ *et al.*, 2017).

Quanto à motivação, observamos que todos os participantes indicaram estar muito motivados para realizar mudanças nos seus hábitos. Isso está em consonância com o estudo de Caterson *et al.* (2019), em que 48% dos mais de 14 mil indivíduos pesquisados declararam estar motivados para perder peso, e somente 20% não tinha a intenção de perder peso nos 6 meses seguintes. Porém, por mais que os indivíduos estudados tenham indicado elevado nível de motivação na régua de prontidão, identificamos que a maioria encontrava-se no estágio de contemplação para mudança, quando há o reconhecimento da existência de um problema e planos para mudança, porém ainda com ambivalência.

De acordo com Velasquez *et al.* (2016), mesmo que seja uma ferramenta de fácil uso, a Régua de Prontidão deve ser utilizada individualmente para cada comportamento-problema, pois o indivíduo pode estar em um nível de prontidão para parar de beber bebidas alcoólicas e em outro para diminuir o consumo de doces, por exemplo. A chave para usá-la de forma eficaz é ser muito claro sobre o comportamento-alvo a ser mudado. Como utilizamos a Régua de Prontidão após a aplicação da Roda, que, de uma forma geral, não foi capaz de auxiliar na identificação de “comportamentos problema”, seu resultado foi distorcido.

Entendemos como limitações deste trabalho o pequeno número de pacientes envolvidos, a limitada disponibilidade de horários na agenda (para o seguimento do acompanhamento) e o atendimento por profissionais em formação, com pouca experiência com as ferramentas utilizadas. No entanto, acreditamos que a continuidade do projeto possibilitará uma maior familiaridade com as ferramentas e que, com o número de pacientes previstos (n=34) e o protocolo completo, será possível avaliar o efeito do uso das ferramentas como apoio à perda de peso ou a mudanças de hábitos de vida.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este foi o primeiro trabalho a relatar o uso da Roda dos Sete Pilares da Saúde Alimentar como uma ferramenta na atuação do nutricionista. Como a pontuação da Roda pode ter diversos vieses, o nutricionista deve ser capaz de olhar para além do que foi dito, identificando as disparidades entre as pontuações dos pilares e a realidade do paciente. A partir disso, o profissional pode questionar e provocar reflexões que possam, potencialmente, aumentar a percepção e trazer maior sentimento de responsabilidade para o paciente sobre a sua realidade.

Não obstante, deve-se ter o cuidado de não culpabilizar o indivíduo pelos seus hábitos de vida e peso corporal, o que pode ser uma novidade tanto para o profissional da saúde quanto para o paciente, visto que ainda é desafiador compreender tamanha complexidade e multifatorialidade com relação à obesidade, e discernir aquilo que está no plano da consciência daquilo que tange ao despercebido.

Sendo assim, pode ser interessante realizar alguma forma de questionário para conhecer os hábitos alimentares dos participantes, previamente à aplicação da Roda. Assim, pode-se identificar e discutir os possíveis hábitos e influências ambientais que os mantêm com o peso aumentado, dando luz a pontos de melhoria que possam não conseguir reconhecer e, então, auxiliar para um preenchimento e utilização mais fidedignos desta ferramenta. Além disso, é evidente a importância da familiaridade do profissional da saúde com essa ferramenta, sendo necessário saber guiar o seu preenchimento de forma a já provocar reflexões no paciente, que possam impactar em uma percepção de satisfação mais realista de acordo com os seus objetivos de vida e saúde.

Acreditamos que, com a continuidade do projeto, ter-se-á maior habilidade na aplicação da Roda pelos pesquisadores, juntamente de um maior número de participantes, permitindo uma melhor análise quanto ao seu uso no contexto de mudança comportamental de indivíduos com excesso de

peso. Mesmo assim, ainda são necessários estudos mais robustos, de forma controlada, a fim de avaliar a aplicabilidade e efetividade desta ferramenta.

REFERÊNCIAS

- ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (Org.). **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. 4. ed. São Paulo: Companygraf, 2016. 188 p.
- AHN, Mary S.; ZIEDONIS, Douglas. **Coaching Health Care Leaders and Teams in Psychiatry**. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 42, n. 3, p. 401-412, set. 2019.
- ALMEIDA, Jussara Carnevale de; ANTONIO, Juliana Peçanha; RODRIGUES, Ticiano da Costa. **Obesidade**. In: OLIVEIRA, Aline Marcadenti de; SOUZA, Gabriela Corrêa. *Nutrição em Cardioendocrinologia*. Rio de Janeiro: Rubio, 2018. p. 183-196.
- AMREIN, Melanie A. *et al.* **The role of Compensatory Health Beliefs in eating behavior change: A mixed method study**. *Appetite*, [s. l.], v. 116, p. 1–10, 2017.
- ANDRETTA, I. *et al.* **A Entrevista Motivacional no Brasil: Uma Revisão Sistemática**. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 15–21, 2014.
- ATKINS, Lou; MICHIE, Susan. **Changing Eating Behaviour: What Can We Learn from Behavioural Science?** *Changing Eating Behaviour*. *Nutrition Bulletin*, vol. 38, p. 30–35, n. 1, mar. 2013.
- ATKINS, Lou; MICHIE, Susan. **Designing Interventions to Change Eating Behaviours**. *Proceedings of the Nutrition Society*, vol. 74, nº 2, p. 164–70, mai. 2015.
- BEFORT, Christie A. *et al.* **Motivational interviewing fails to improve outcomes of a behavioral weight loss program for obese African American women: A pilot randomized trial**. *Journal of Behavioral Medicine*, [s. l.], v. 31, n. 5, p. 367–377, 2008.
- BLANCO, Carlos A.. **The principal sources of William James' idea of habit**. *Frontiers In Human Neuroscience*, Navarra, v. 8, p. 1-2, 8 maio 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS**. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2021 .
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças**

crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BREWIS, Alexandra A. **Stigma and the perpetuation of obesity**. *Social Science & Medicine*, [s. l.], v. 118, p. 152–158, 2014.

BROWN, Rebecca C H. **Moral responsibility for (un)healthy behaviour**. *Journal of Medical Ethics*, [s. l.], v. 39, n. 11, p. 695–698, 2013.

BYRNE, S; COOPER, Z; FAIRBURN, C. **Weight maintenance and relapse in obesity**: a qualitative study. *International Journal Of Obesity*, Oxford, p. 955-962, 2003.

CATERSON, Ian D. *et al.* **Gaps to bridge: Misalignment between perception, reality and actions in obesity**. *Diabetes, Obesity & Metabolism*, [s. l.], v. 21, n. 8, p. 1914–1924, 2019.

CHAO, Ariana M.; QUIGLEY, Kerry M.; WADDEN, Thomas A.. **Dietary interventions for obesity**: clinical and mechanistic findings. *Journal Of Clinical Investigation*, [s. l.], v. 131, n. 1, p. 1-10, 4 jan. 2021. American Society for Clinical Investigation.

CRAIG, L.; SENIOR, E.; MITCHEL, M. **Public health: PART 4 Behaviour change tools**. *British Journal of Nursing*, v. 28, n. 3, p. 152–153, 17 mar. 2019.

DE LEON, Angela; ROEMMICH, James N.; CASPERSON, Shanon L. **Identification of Barriers to Adherence to a Weight Loss Diet in Women Using the Nominal Group Technique**. *Nutrients*, [s. l.], v. 12, n. 12, p. 3750, 2020.

DERAM, Sophie. **O peso das dietas**: emagreça de forma saudável dizendo não às dietas. 2. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2018. 255 p.

DERAM, Sophie. **Os 7 pilares da saúde alimentar**: aprenda a resgatar uma relação saudável com a comida e o corpo por meio da mudança de hábitos. Rio de Janeiro: Sextante, 2021. 178 p.

DILILLO, Vicki; SIEGFRIED, Nicole J.; WEST, Delia Smith. **Incorporating motivational interviewing into behavioral obesity treatment**. *Cognitive And Behavioral Practice*, [s.l.], v. 10, n. 2, p.120-130, mar. 2003. Elsevier BV.

DUNKER *et al.* **Atividades e exercícios baseados nas abordagens da Nutrição Comportamental** in: Alvarenga, M *et al.* *Nutrição Comportamental*. São Paulo. Manole. 2019

FIGUEIREDO, Manoela *et al.* **Ferramentas de coaching e seu uso na Nutrição Comportamental**. In: ALVARENGA, Marle *et al* (org.). *Nutrição Comportamental*. São Paulo: Manole, 2016. Cap. 13. p. 329-345.

FINGER, Igor da Rosa; POTTER, Juliana Rausch. **Motivational interviewing in the treatment of overweight/obesity**: a literature review. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 2–7, 2011.

FULTON, Melody; SRINIVASAN, Vijay N. **Obesity, Stigma And Discrimination**. *Em: STATPEARLS*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022. *Ebook*. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554571/>. Acesso em: 8 abr. 2022.

GRANNELL, Andrew *et al.* **Obesity and responsibility**: Is it time to rethink agency?. *Obesity Reviews*, [s. l.], v. 22, n. 8, 2021.

HALPERN, Bruno *et al.* **Proposal of an obesity classification based on weight history**: an official document by the brazilian society of endocrinology and metabolism (sbem) and the brazilian society for the study of obesity and metabolic syndrome (abeso). *Archives Of Endocrinology And Metabolism*, [S.L.], p. 1-13, 19 abr. 2022. *Archives of Endocrinology and Metabolism*.

HASHEMZADEH, Mozdeh, et al. **Transtheoretical Model of Health Behavioral Change**: A Systematic Review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, v. 24, n 2, p. 83-90, 2019.

HELLAND, Merete Hagen; NORDBOTTEN, Gerd Lise. **Dietary Changes, Motivators, and Barriers Affecting Diet and Physical Activity among Overweight and Obese**: a mixed methods approach. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, [s.l.], v. 18, n. 20, p. 10582, 9 out. 2021.

JACQUET, Philippe *et al.* **How dieting might make some fatter**: modeling weight cycling toward obesity from a perspective of body composition autoregulation. *International Journal Of Obesity*, Fribourg, v. 44, p. 1243-1253, 25 fev. 2020.

LEMSTRA, Mark *et al.* **Weight-loss intervention adherence and factors promoting adherence**: a meta-analysis. *Patient Preference And Adherence*, [s.l.], v. 10, p. 1547-1559, ago. 2016.

LIMBERS, Christine A.; TURNER, Erlanger A.; VARNI, James W. **Promoting healthy lifestyles**: Behavior modification and motivational interviewing in the treatment of childhood obesity. *Journal of Clinical Lipidology*, [s.l.], v. 2, n. 3, p. 169–178, 2008.

LOW, Kathryn Graff *et al.* **Testing the effectiveness of motivational interviewing as a weight reduction strategy for obese cardiac patients**: A pilot study. *International Journal of Behavioral Medicine*, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 77–81, 2013.

LUDWIG, Martha. Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT): o que é e como se aplica? In: OLIVEIRA, Margareth da Silva *et al* (org.). **Por que é tão difícil mudar? Contribuições do modelo transteórico**

de mudança do comportamento na prática clínica e na promoção de saúde. Novo Hamburgo: Sinopsys, p. 34-59, 2017.

MANN, Traci et al. **Medicare's search for effective obesity treatments: Diets are not the answer.** *American Psychologist*, [s.l.], v. 62, n. 3, p.220-233, 2007. American Psychological Association (APA).

MENDELSON, Alana I. **Creatures of Habit: The Neuroscience of Habit and Purposeful Behavior.** *Biological Psychiatry*, v. 85, n. 11, P. 49-51, Jun. 2019.

MICHIE, Susan; JOHNSTON, Marie. **Theories and Techniques of Behaviour Change: Developing a Cumulative Science of Behaviour Change.** *Health Psychology Review*, v. 6, n. 1, p. 1–6, mar. 2012.

MILLER, William R.; ROLLNICK, Stephen. **Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos.** Porto Alegre: Artmed, 2007. 293 p. Tradução de Andrea Caleffi e Cláudia Dornelles.

MONNIER, Louis *et al.* **The obesity treatment dilemma: why dieting is both the answer and the problem? A mechanistic overview.** *Diabetes & Metabolism*, [s. l.], v. 47, n. 3, p. 101192, maio 2021. Elsevier BV.

MONTANI, Jean-Pierre; SCHUTZ, Yves; DULLOO, Abdul G.. **Dieting and weight cycling as risk factors for cardiometabolic diseases: who is really at risk?** *Obesity Reviews*, Fribourg, v. 16, p. 7-18, 13 mar. 2015.

MORAES, Cibele Fernandes De; OLIVEIRA, Margareth Silva De. **A entrevista motivacional em grupos de obesas no tratamento da compulsão alimentar periódica.** *Aletheia*, [s. l.], v. 35, n. 36, p. 154–167, 2011.

NILSON, Eduardo Augusto Fernandes, et al. **Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018.** *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 44, p. 1-7, abr. 2020.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (org.). **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of the WHO Consultation on Obesity.** Geneva: WHO, 2000.

PROCHASKA, James O.; NORCROSS, John C.; DICLEMENTE, Carlo C.. **Changing for Good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward.** North Yorkshire: Quill, 2002. 307 p.

SANTINI, Karina Magalhães. **Entrevista Motivacional nos atendimentos em nutrição: uma revisão narrativa.** Orientador: Maurem Ramos. 2019. 37 f. TCC (Graduação) - Nutrição, Departamento de Nutrição, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2019. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/202766>. Acesso em: 16 abr. 2022.

- SARES-JÄSKE, L. *et al.* **Self-report dieting and long-term changes in body mass index and waist circumference.** *Obesity Science & Practice*, [s. /], v. 5, n. 4, p. 291-303, 26 mar. 2019. Wiley.
- SAÚL, Luis Angel *et al.* **Fuzzy Cognitive Maps as a Tool for Identifying Cognitive Conflicts That Hinder the Adoption of Healthy Habits.** *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [s. /], v. 19, n. 3, p. 1411, 2022.
- STANKEVITZ, Kayla *et al.* **Perceived Barriers to Healthy Eating and Physical Activity Among Participants in a Workplace Obesity Intervention.** *Journal Of Occupational & Environmental Medicine*, [S.L.], v. 59, n. 8, p. 746-751, ago. 2017.
- TCHANG, Beverly G., *et al.* **Best Practices in the Management of Overweight and Obesity.** *Medical Clinics of North America*, v. 105, n. 1, p. 149–74, jan. 2021.
- THOMAS, J. Graham, *et al.* **Weight-Loss Maintenance for 10 Years in the National Weight Control Registry.** *American Journal of Preventive Medicine*, v. 46, n. 1, p. 17–23, jan. 2014.
- ULIAN, Mariana Dimitrov, *et al.* **Effects of a New Intervention Based on the Health at Every Size Approach for the Management of Obesity: The 'Health and Wellness in Obesity' Study.** *PLOS ONE*, vol. 13, n° 7, p. e0198401, jul. 2018.
- VARKEVISSER, R. D. M. *et al.* **Determinants of weight loss maintenance: a systematic review.** *Obesity Reviews*, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 171-211, 16 out. 2018.
- VELASQUEZ, Mary Marden *et al.* Putting It All Together: setting up and carrying out the intervention. In: VELASQUEZ, Mary Marden *et al.* **Group Treatment for Substance Abuse: a stanges-of-change therapy manual.** 2. ed. Nova Iorque: The Guilford Press, 2016. p. 37-49.
- WANSINK, Brian; SOBAL, Jeffery. **Mindless Eating: The 200 Daily Food Decisions We Overlook.** *Environment and Behavior*, [s. /], v. 39, n. 1, p. 106–123, 2007.
- WEIJZEN, Pascale L.G.; DE GRAAF, Cees; DIJKSTERHUIS, Garnt B. **Discrepancy between Snack Choice Intentions and Behavior.** *Journal of Nutrition Education and Behavior*, [s. /], v. 40, n. 5, p. 311–316, 2008.
- WHARTON, Sean *et al.* **Obesity in adults: a clinical practice guideline.** *Canadian Medical Association Journal*, [s. /], v. 192, n. 31, p. 875-891, 04 ago. 2020.
- WIECHERT, Meike; HOLZAPFEL, Christina. **Nutrition Concepts for the Treatment of Obesity in Adults.** *Nutrients*, [s./], v. 14, n. 1, p. 169, 30 dez. 2021.
- WOOD, Wendy; QUINN, Jeffrey M.; KASHY, Deborah A.. **Habits in everyday life: thought, emotion, and action..** *Journal Of Personality And Social Psychology*, [s./], v.

83, n. 6, p. 1281-1297, 2002. American Psychological Association (APA).

WOOD, Wendy; RÜNGER, Dennis. **Psychology of Habit**. Annual Review Of Psychology, [s.l.], v. 67, n. 1, p. 289-314, 4 jan. 2016. Annual Reviews.

ZHAO, Kang *et al.* **Compensatory Belief in Health Behavior Management: A Concept Analysis**. Frontiers in Psychology, [s. l.], v. 12, p. 705991, 2021.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto: Efeito do uso de uma ferramenta motivacional para mudança de comportamento alimentar de indivíduos com excesso de peso.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar os efeitos na perda de peso através da aplicação do método de Entrevista Motivacional e a Roda dos Sete Pilares da Saúde Alimentar. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Laboratório de Nutrição do Serviço Médico Ocupacional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá: entrevista inicial, com aplicação de um questionário a fim de identificá-lo, conhecer o seu histórico de doenças e de peso corporal, aferição de peso corporal e estatura; realização de um encontro a cada 15 dias, aplicando a entrevista motivacional e a roda dos sete pilares da saúde alimentar, juntamente de aconselhamento nutricional, focando nas áreas que mais demandam atenção após serem identificadas na roda.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são obtenção de maior motivação para mudanças efetivas de comportamento, maior autoestima, autoconhecimento, autoconfiança, melhorias na rotina, que possivelmente levarão ao emagrecimento e melhorias na qualidade de vida.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e

retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo institucional que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação, cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Zilda de Albuquerque Santos, pelo telefone 51 991167836 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no endereço Av. Protásio Alves, 211 - Portão 4 - 5º andar do Bloco C - Rio Branco - Porto Alegre/RS, de segunda à sexta, das 8h às 17h, telefone 33596246, e-mail cep@hcpa.edu.br.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

APÊNDICE 2: Entrevista Inicial

CONTRATO: Como trabalhamos é um pouco diferente do que se pode esperar de um nutricionista, não oferecemos dietas prontas, mas sim trabalhamos com combinações, focando na mudança de hábitos de forma duradoura, para gerar autonomia nas escolhas alimentares e não depender de um papel. Aceita?

Usa alguma medicação? Nome da medicação? Por quê? Prescrita por quem? Há quanto tempo?

Subjetivo

Qual setor trabalha? O que faz? De que horas a que horas? Faz plantão? Que dia, qual frequência?

Eliminações (fezes, urina)

Mora com quem?

Alergia ou intolerância alimentar?

Objetivo

Altura:

Peso usual: Histórico de peso

Peso atual

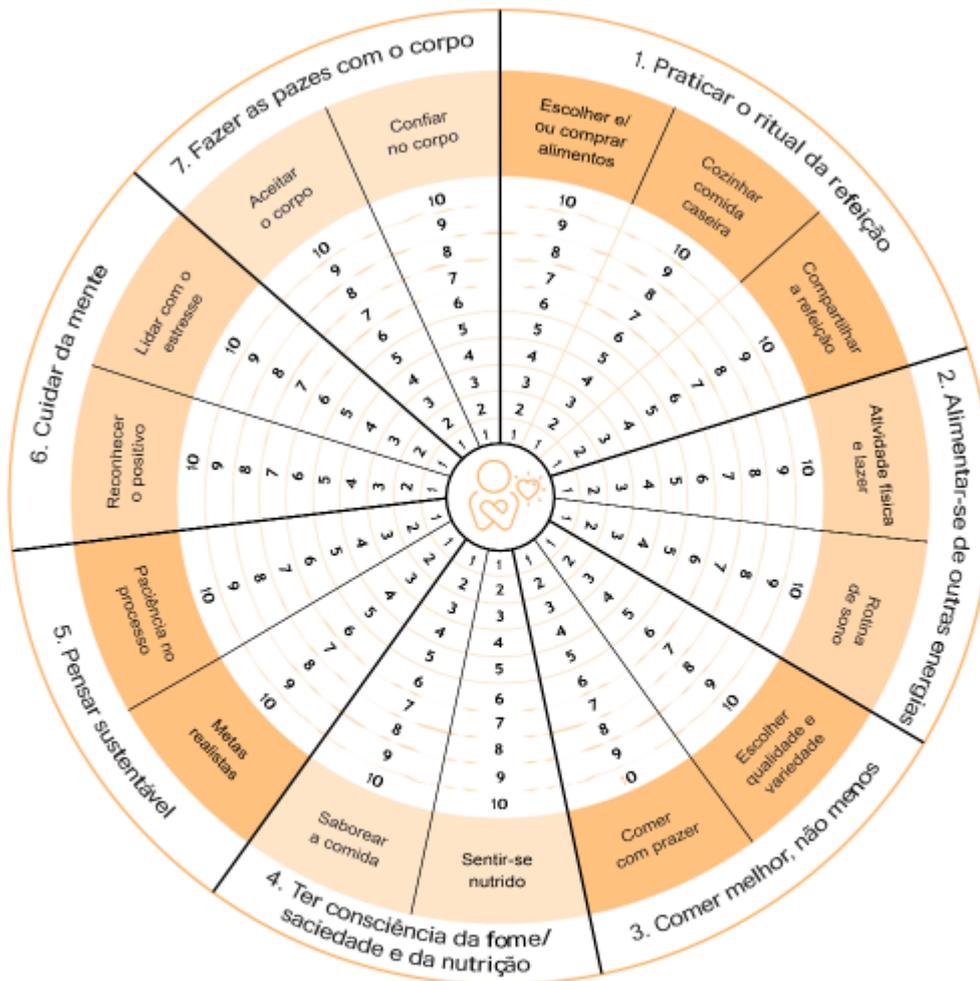
IMC

Laboratório

Combinações:

Impressão: preenchida após a consulta, a partir das percepções do entrevistador com relação ao paciente, o que ele fez, quais pontos mais relevantes, como o paciente recebeu as combinações e qual estágio de mudança está (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção).

ANEXO 1 - Roda dos Sete Pilares da Saúde Alimentar

7 PILARES DA SAÚDE ALIMENTAR*Comer melhor, não menos*

Avalie de **0** a **10** a sua satisfação em cada área.

Quais são as áreas que demandam prioridade/atenção?

Data: ___/___/___

ANEXO 2 - Régua de Prontidão para Mudança

