

INTERVENÇÃO CLÍNICA E PREVENTIVA NOS COMPORTAMENTOS ALIMENTARES

Um Diálogo entre a Psicologia e as Ciências da Nutrição

Rui TINOCO, Isabel PAIVA

RESUMO

A modificação de comportamentos alimentares, ao nível terapêutico e preventivo, é um desafio clínico, que exige ferramentas de várias áreas da saúde, como a psicologia e a nutrição. Para além do trabalho articulado com essas áreas, nomeadamente através da referenciação às consultas de especialidade, surge a necessidade de uma intervenção clínica e comunitária de primeira linha, especialmente nos Cuidados de Saúde Primários.

Neste trabalho, tentamos sistematizar informação útil à intervenção, pelo que vamos começar por rever competências de atendimento relevantes, alguns modelos de entrevista motivacional, e faremos ainda uma breve reflexão sobre a natureza da pessoa que faz o pedido de consulta. De seguida, proceder-se-á a uma análise de caso, em que se procura estruturar dois níveis complementares de interpretação: um mais atento a factores gerais e um outro, mais factual, atento aos antecedentes, às consequências e à descrição dos comportamentos problema. Abordaremos ainda questões relacionadas com o contexto em que o indivíduo se move. Passaremos então à análise de programas de intervenção em contexto de grupo, na perspectiva preventiva e terapêutica. Finalmente, trataremos de alguns conceitos relacionados com a adesão terapêutica.

R.T.: ACeS Porto Ocidental e
Departamento de Saúde Pública
do Norte. Porto. Portugal
I.P.: ACeS Porto Ocidental e
Departamento de Saúde Pública
do Norte. Porto. Portugal

SUMMARY

CLINICAL AND PREVENTIVE INTERVENTION IN EATING BEHAVIOUR A Dialogue Between Psychology and Nutritional Sciences

The eating habits modification is a clinical challenge, both on therapeutic and preventive levels, which requires tools from various areas of health, such as psychology and nutrition. In the structured work in these areas, that includes the referral to specialist consultants, there is a need of a first intervention in Primary Health Care, in clinical and community levels. In this paper, we attempt to systematize useful information for intervention. We will start by reviewing some important interviewing skills, some models of motivational interviewing, and we will make a brief reflection about the client. Then we will analyse an individual case structured in two complementary levels of interpretation: a closer look in general factors and another that reflect the antecedents, consequences and the description of the behaviour problem. We will also tackle issues related to the context in which the individual moves. We will analyse some group intervention programs within a clinical and preventive perspectives. Finally, we will discuss some concepts related to therapeutic adherence.

INTRODUÇÃO

A modificação de comportamentos alimentares, ao nível terapêutico e preventivo, é um desafio clínico, que exige ferramentas de várias áreas da saúde, como a psicologia e a nutrição. Para além do trabalho articulado com essas áreas, nomeadamente através da referência às consultas de especialidade, surge a necessidade de uma intervenção clínica e comunitária de primeira linha, especialmente nos Cuidados de Saúde Primários.

O presente artigo nasceu da reflexão de um psicólogo e de uma nutricionista, realizada na sequência da necessidade de sistematizar contributos da psicologia para profissionais de saúde na área dos comportamentos alimentares. Os comportamentos alimentares constituem uma área complexa que exige uma abordagem multidisciplinar. Percorreremos diversas etapas: as competências de atendimento, alguns modelos de entrevista motivacional e a reflexão sobre a natureza da pessoa que faz o pedido de consulta. Na vertente individual será feita a análise de um caso, em que se procurou estruturar dois níveis complementares de interpretação: um mais atento a factores gerais e um outro mais atento aos antecedentes, às consequências e à descrição dos comportamentos problema.

Abordaremos ainda questões relacionadas com o contexto em que o indivíduo se move. Passaremos para a análise de programas de intervenção em contexto de grupo. Finalmente, trataremos de alguns conceitos relacionados com a adesão terapêutica.

Competências de Atendimento

Grande parte dos profissionais da saúde lidam com doentes em contexto de consulta individual, no entanto as competências de atendimento nem sempre são usadas, observa-se geralmente por ausência de treino específico nessa área. De facto, para se resolver problemas de comportamento alimentar, não bastam simples perguntas que permitam a identificação do problema e respectiva prescrição terapêutica¹.

Assim, as competências de atendimento são uma série de instrumentos que devem encorajar os doentes à expressão, ao envolvimento com a situação de consulta, bem como torná-lo mais receptivo à intervenção. Acompanhemos um pouco as propostas de Ivey².

A pessoa que realiza o atendimento deve ter o cuidado em manter um contacto visual adequado com o doente, bem como adoptar uma linguagem corporal assertiva e uma boa qualidade vocal. Outro aspecto importante passa por manter um *verbal tracking* que não exija súbitas mudanças de assunto e que respeite o ritmo de quem nos procura. Quanto ao tipo de questões: abertas e fechadas; as primeiras incentivam a expressão, e não se focalizam em

nada em concreto, por exemplo: *por que veio à consulta?*; e as questões fechadas permitem a especificação de um problema. O manuseamento destas questões e o cuidado em ouvir o cliente cuidadosamente permitem um atendimento personalizado.

O profissional que conduz o atendimento deve desenvolver capacidades de observação de uma série de dimensões que fornecem dados importantes, tais como: o comportamento não verbal e verbal do doente; e os conflitos e incongruências das pessoas (explícitos ou implícitos), que nem sempre estão conscientes dessas situações.

O condutor da entrevista clarifica o que o cliente diz, clarificação que pode ser para o doente ou para ele próprio. As clarificações devem ser introduzidas de forma não invasiva, às vezes como impressões ou perguntas: *é isto que me está a dizer? Não consegue aderir ao plano alimentar por causa da sua mulher?*

A clarificação pode ir para além do significado dos conteúdos, atingindo as emoções e os sentimentos que precisam de se tornar explícitos. Esses sentimentos muitas vezes são contraditórios, por exemplo: *diz que come para se sentir mais calma, mas que depois (de um episódio de ingestão compulsiva) se sente deprimida e mal consigo mesma....*

Neste momento da intervenção, o entrevistador não deve deixar que o doente se defenda com racionalizações, mas centrar-se nas suas dificuldades e sentimentos face aos problemas que se levantam³.

Entrevista Motivacional: vários modelos

A entrevista motivacional reforça a importância de detectar incongruências nos doentes que atendemos, pois não se cria motivação a partir do nada. É preciso que o doente já possua algum grau de abertura para a mudança, que não ocorre, muitas vezes, devido a um conflito de interesses, de ganhos e de perdas pessoais.

Segundo Ivey², é importante a capacidade do entrevistador em termos de estruturação da informação, tendo em vista uma definição do problema. A definição de um objectivo que permitirá a exploração conjunta de alternativas, pode mais uma vez envolver a identificação de incongruências e a obtenção de um consenso, que permita uma generalização das mudanças comportamentais anteriormente exploradas.

Mas a definição de entrevista motivacional, para muitos autores, não passa tanto pela intervenção mas por preparar o indivíduo para a mudança. Bennett⁴ define o objectivo da entrevista motivacional como a exploração de atitudes e crenças contraditórias face a um determinado comportamento ou mudança. É um processo não confrontante, no sentido de não exigir mudanças, mas apenas tornar contradições visíveis e conscientes.

No fundo, pretende-se fazer uma primeira abordagem ao estado de dissonância cognitiva em que muitos doentes se encontram no momento da primeira consulta. A entrevista motivacional, segundo esta perspectiva, não é uma intervenção propriamente dita mas uma abordagem inicial que predisõe o indivíduo à mudança.

O aconselhamento centrado no problema⁵, especialmente na operacionalização efectuada por Miller et al⁶ organiza uma outra forma de encarar a entrevista motivacional composta por três fases: a exploração e clarificação do problema; a definição de objectivos e a facilitação da acção.

Inicialmente procura-se orientar a entrevista para o problema concreto que se pretende modificar. Na primeira fase é sobretudo importante abordar a questão naquele paciente, naquele momento e não avançar com panaceias universais que possam provocar sentimentos de incompreensão. Na fase da definição de objectivos, deve-se ter em conta a natureza da patologia, mas também os recursos do indivíduo com quem lidamos e o seu tempo. Isto é em que momento da sua vida, depois de devidamente informado, está disposto a tomar uma decisão salutogénica. Os objectivos devem ser claros, precisos e adaptados à rotina de vida de cada doente.

Finalmente, na etapa da facilitação da acção, o entrevistador deve tentar identificar e resolver os pequenos obstáculos que neste momento surgem. Miller et al⁶ chamam a atenção para o facto de nem todos os pacientes necessitarem deste passo, pois a identificação de objectivos precisos faz com que grande parte dos doentes passe à acção. Ainda assim, nos casos em que não se consiga a transposição dos objectivos em acções concretas, pode-se realizar incentivos de modo não impositivo, por exemplo: *uma pessoa que se encontrava numa situação semelhante tentou....*

Em suma, analisamos algumas formas de abordar a modificação de comportamentos quer numa abordagem motivacional mais pura, que prepara somente o indivíduo para a mudança a ser trabalhada noutra *setting*, quer noutras formas mais centradas no comportamento a ser modificado.

O Indivíduo que Entra na Consulta

Ao longo do tópico anterior referimo-nos a conflito de interesses e crenças contraditórias face a determinado comportamento. Qual é então a situação psicológica de um indivíduo que faz um pedido de ajuda? Encaremos o caso de um obeso que tem conhecimento, ainda que incipiente, do regime alimentar a ser adoptado ou, pelo menos, alguma ideia acerca dos alimentos que provocam aumento de peso. Nesta situação, há ingestão de alimentos que deveriam ser evitados. Situações em que os indivíduos sabem qual o comportamento a adoptar e não o fazem, provocam dissonância cognitiva.

A dissonância cognitiva, conceito proposto por Festinger⁷, pode acontecer face a problemas psicológicos, a comportamentos desviantes, a conflitos emocionais, mas também em casos relacionados com a saúde. Nomeadamente, pela não adesão terapêutica aos planos alimentares propostos, por exemplo a obesos ou a diabéticos.

Como é que um sujeito, que tem um comportamento que sabe errado, se justifica perante si mesmo e os outros. Por exemplo, um diabético que come uma barra de chocolate responde-nos: *uma vez não faz mal; a minha vizinha tem o mesmo problema que eu e come de tudo sem problemas....* Entramos, então, no campo das crenças irracionais.

A psicologia e mesmo a sociologia encontram-se bem apetrechadas no que concerne ao mapeamento de crenças irracionais⁸, erros de pensamento ou técnicas de neutralização⁹ ou mesmo o conceito de *locus* de controlo interno e externo¹⁰ que nos podem aqui ajudar... e está claro que não esgotamos minimamente os conceitos que podem ser aplicados.

Quais as desculpas que os doentes dão por não cumprirem as prescrições que lhes foram sugeridas

Listemos algumas respostas frequentes, com sugestão de classificação:

- *a minha mulher faz-me sempre petisco* (negação da responsabilidade, *locus* de controlo externo);
- *julgava que uma vez por outra não fazia mal* (negação do acto);
- *eles vendem estas porcarias por todo o lado* (condenação dos condenadores, *locus* de controlo externo);
- *não consegui na primeira semana e depois vi que não conseguia* (generalização abusiva);
- *o meu corpo precisa mesmo de chocolates* (defesa da necessidade).

Poderíamos continuar a somar *desculpas* ou soluções anómalas e provisórias para as dissonâncias cognitivas. O exercício de classificação é interessante e complexo, uma vez que pretende identificar formas de pensamento e, em vários casos, uma justificação pode ter mais do que um erro cognitivo associado. No entanto, sublinhamos os seguintes aspectos: se há dissonância é porque há um conflito interno, a pessoa quer e não quer mudar. Há certos erros de pensamento que tornam a intervenção mais difícil, ou seja uma defesa da necessidade é mais difícil de abordar que certas negações da responsabilidade.

Níveis de Análise de Caso

Na análise de caso individual trata-se não só da história clínica mas também dos comportamentos e, se for necessário usam-se questionários ajustados à população portuguesa, como meio complementar da observação.

Leiamos o seguinte caso:

Mulher com 37 anos, obesa (IMC=32), sem outras alterações metabólicas ou analíticas. Vive só, pois os pais estão emigrados no país X. País onde já efectuou várias tentativas de peso, a pedido dos pais. A última dieta realizada originou resultados temporários e esteve associada a um enorme esforço pessoal, por ser composta de produtos substitutos de alimentos. Recentemente tem um namorado que a pressiona para obter uma imagem corporal adequada ao seu conceito de beleza, e que lhe sugere a toma de produtos naturais, sem risco para a saúde.

Na consulta de Nutrição estava a ter resultados de perda de peso graduais e consistentes. Cumpria o plano alimentar, e estavam definidas regras quanto às exceções, para comer fora de casa (nas visitas do namorado). Fazia exercício físico regular.

*Pediui antecipação da consulta de Nutrição, pois precisava de ajuda para manter o tratamento de controlo de peso. Apresentou o seguinte problema: a sua relação amorosa tinha terminado após ... **ter sido humilhada...**, em frente a familiares dele. O namorado acusou-a do facto de ter iniciado uma relação com uma pessoa que supostamente estava a fazer dieta para perder peso, mas que continuava GORDA, e que não tinha interesse em perder peso (pois comia com ele hambúrgueres e pizzas).*

Podemos começar por listar as fragilidades e as potencialidades do caso em questão: 1. *Tentativas de controlo de peso despoletadas por pressão exterior (os pais e o namorado)* que levantam hipóteses clínicas que deverão ser testadas; 2. *Conseguiu reduzir peso mas depois entrou em crise*, o que sugere necessidade de analisar a rede de suporte social ao nível de autoeficácia da doente; 3. *Humilhação social*, situação que passou junto do namorado que não a compreendeu. Em relação a esta situação concreta podíamos tentar estudar a existência de comportamento de ingestão alimentar compulsiva e ainda perceber se existia uma estrutura cognitiva típica dos casos com distúrbios alimentares.

Fairburn et al¹¹ defendem a existência de um funcionamento cognitivo que surge em diversos tipos de distúrbios alimentares. Existem quatro pilares que sustentam este padrão: perfeccionismo clínico, baixa auto-estima, grande dificuldade em lidar com estados emocionalmente carregados e dificuldades interpessoais. A existência deste género de funcionamento implica o encaminhamento para consulta de psiquiatria ou de psicologia clínica.

Um dos critérios importantes para o encaminhamento do caso reside na sua gravidade, nomeadamente em termos de alteração do peso, do IMC e da existência ou não de estratégias de compensação inadequadas (vómito induzido, uso de medicação para reduzir peso ou prática compulsiva de exercício físico).

Mas este nível de análise não esgota a informação que poderá ser recolhida. Existe ainda a possibilidade de um olhar mais próximo do comportamento a evitar. Gonçalves¹² apresenta uma série de questionários que permitem uma análise comportamental. Neles faz-se uma listagem dos comportamentos problema que pretendemos modificar e, para cada um deles, procede-se à identificação dos antecedentes e das consequências, bem como a descrição de cada um dos comportamentos.

A análise comportamental permite ainda uma sistematização dos comportamentos, evidenciando regularidades que, por vezes, não são percebidas pelo próprio doente. A análise comportamental aproxima-nos do doente, enquanto o nível da anamnese, pode prender-nos em racionalizações que, frequentemente, nada têm que ver com o comportamento em si. Não defendemos aqui a obrigatoriedade deste nível de análise mas a possibilidade de olhar para os casos também sob este prisma.

De resto, o uso de questionários e de escalas para análise do comportamento alimentar pode servir de complemento¹³.

Intervenção em Contexto de Grupo

A psicologia pode ainda contribuir através de modelos da psicologia da saúde e das dinâmicas de grupo para a elaboração de programas não só de aumento de eficácia de determinados tratamentos, mas ainda a nível da prevenção^{4,14,15}. Tinoco, Cláudio & Pereira de Sousa¹⁶ construíram um modelo de promoção de hábitos alimentares saudáveis para ser aplicado na EB 23. O programa era constituído por 15 sessões, agrupadas em quatro módulos. Pretendia-se trabalhar uma série de variáveis que se relacionam com os comportamentos alimentares, até preparar os alunos para uma tomada de decisão em contexto de grupo. De notar que este projecto esteve depois na origem do Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE).

Estamos, pois, a um nível de prevenção e do uso do grupo como instrumento privilegiado. Mas este trabalho de articulação entre as ciências do comportamento alimentar e a psicologia não se atém à prevenção e pode inclusive estender-se para outras dimensões. Referimo-nos aqui aos programas que podem ser articulados de forma a aumentar a adesão terapêutica.

O grupo de pessoas na mesma situação pode funcionar na vertente de auto-ajuda, em que os ensinamentos pelos pares, se alternam com a troca de experiências. Assim, pode-se estruturar programas de adesão terapêutica que promovam um estilo de vida saudável, bem como o cumprimento das terapêuticas instituídas (como poderá ser o caso de doentes hipertensos, diabéticos ou com outras patologias).

A título de exemplo citamos aqui o trabalho de Pastor-Fernandes¹⁷ construído para grupos de doentes

diabéticos. O autor propõe a realização de uma série de grupos de encontro, conduzidos por psicólogo especializado na área, que funcionam como momentos de partilha e de consolidação de conhecimento. De forma intercalada, os grupos de encontro sucedem-se a reuniões de aprendizagem em que o grupo é visitado por técnicos especializados nas mais diversas áreas: endocrinologia, nutrição, enfermagem...

O contexto grupal fornece, desta forma, contextos variados quer em termos de objectivos (prevenção e tratamento ou adesão), quer ainda no que respeita a *settings*: contexto clássico da saúde mas ainda em saúde escolar com grupos de alunos ou mesmo com outros actores da comunidade escolar.

A Adesão Terapêutica

A psicologia da saúde tem vindo a desenvolver uma série de estudos que quantificam variáveis que influenciam a adesão terapêutica em contexto de consulta. Segundo Bennett⁴ existem três factores que influenciam a adesão: a compreensão do paciente; a recordação da informação recebida e a satisfação com a consulta. Para cada um destes factores, existem variáveis que a influenciam. Assim, para melhorar a compreensão do paciente deve-se encorajá-lo a dar opinião e incentivá-lo a pedir esclarecimentos.

De acordo com o mesmo autor registam-se 15% de erros de compreensão dos doentes quando é prescrito um comprimido; 25% quando são dois ou três e 35% quando se prescrevem cinco ou mais. No que diz respeito ao aumento à recordação da informação recebida: necessitamos de prescrições simples, da utilização de frases curtas e directas, replicadas sempre que possível em suporte escrito. Assim, a informação deve ser fornecida de forma estruturada, por tópicos, em que o mais importante é fornecido em primeiro lugar. A repetição desempenha um papel importante e as afirmações utilizadas devem focar-se em aspectos específicos e operacionais da prescrição em vez de gerais. O uso de auxiliares de memória como telefone ou carta podem também ser úteis. É de notar que é memorizado 47 a 57% do que é prescrito em pessoas hospitalizadas, e 65% em doentes em consulta de clínica geral⁴.

Em relação ao último factor, a satisfação dos utentes, deve fazer-se o possível para maximizá-la. Desta forma, devemos assegurar que o paciente entende o racional do regime do tratamento, fornecer informação escrita de apoio, garantir *follow-up* para avaliar o seguimento do processo e garantir ainda um feedback sobre o progresso do tratamento.

Para além deste olhar mais generalista sobre os factores que influenciam a adesão terapêutica, podemos investigar com mais cuidado as áreas que pretendemos trabalhar. Pereira e Almeida¹⁸ adaptaram para a população portuguesa o instrumento Barriers to Self-care Scale. Trata-se de um

questionário que pretende avaliar os obstáculos para que a auto-ajuda se efective em relação a doentes diabéticos. Avaliam-se obstáculos internos e externos, assim como o seu grau de gravidade. Para os obstáculos internos, temos listada a seguinte série de factores: o esquecimento, a ausência de planeamento, as deficiências de conhecimento e as auto-afirmações negativas. No que diz respeito aos obstáculos externos, temos ainda as interferências sociais e a ausência de suporte social. Recolhemos outro exemplo no trabalho de Santos & Baptista¹⁹ que adaptaram para a nossa população um questionário para estudar a imagem corporal, em doentes com perturbações dos comportamentos alimentares.

CONCLUSÃO

Os contributos da psicologia clínica e social evidenciam a necessidade de informar usando modelos de intervenção para além da transmissão de ensinamentos e de usar as competências de atendimento. Quando se pretende modificar comportamentos, será importante usar técnicas de aconselhamento, bem como compreender o estado de dissonância cognitiva que muitos dos doentes apresentam.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

- CARELS R, LYNN D, CACCIAPAGLIA H et al: Using motivational interviewing as a supplement to obesity treatment: a stepped-care approach. *Health Psychology* 2007; 92(1): 239-249.
- IVEY AE: *Intentional Interviewing and Counseling: Facilitating Client Development in a Multicultural Society*. Pacific Grove: Brooks Cole Publishing Company 1983.
- SHAPIRO J, QUINONES M, KING E: Expectations of obese trainees: how stigmatized trainee characteristics influence training effectiveness. *Journal of applied Psychology* 2007;92(1):239-249
- BENNETT P: *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi 2002
- ROGERS C: *On Becoming Person*. Lisboa: Morais Editores 1961
- MILLER W, ROLLNICK S: *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. Nova Iorque: Guilford Press 1991
- FESTINGER L: *Theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford UP 1957
- ELLIS A: *Reason and Emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart 1962
- SYKES G, MATZA D: *Techniques of Neutralization: A Theory of Delinquency*. *Am Sociological Rev* 1957;22(6):664-670
- ROTTER J: *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. *Psychological Monographs* 1966;80(609):1-28
- FAIRBURN C, COOPER Z, SHAFRAN R: *Cognitive behaviour*

for eating disorders: a *transdiagnostic* theory and treatment. Behaviour Research and Therapy 2003;41:509-528

12. GONÇALVES O: Terapia comportamental: modelos teóricos e manuais terapêuticos. Porto: Edições Jornal de Psicologia 1989

13. VIANA V: Contributos para o estudo do comportamento alimentar. Análise Psicológica 2002;4(XX):611-624

14. TINOCO R: Os actores e os contextos de consumo: anotações em torno da prevenção do abuso de drogas. Psicologia e Educação 2004;III(1):93-107

15. MOREIRA P: Para uma prevenção que previna. Coimbra: Quarteto Editora 2001

16. TINOCO R, CLÁUDIO D, PEREIRA DE SOUSA N: Actividades

Lúdicas na Área dos Comportamentos alimentares. Porto: Profedicações 2008

17. PASTOR-FERNANDES R: Programa de intervenção em grupo para doentes diabéticos no âmbito da promoção da saúde. Saúde Mental 1999

18. PEREIRA M G, ALMEIDA P: Barreiras à adesão ao regime terapêutico da diabetes. In: Machado C, Almeida L, Gonçalves M, Ramalho V eds. Avaliação psicológica: formas e contextos. Braga : Psiquilíbrios Edições 2004: 170-179.

19. SANTOS I, BAPTISTA A: A imagem corporal nas perturbações alimentares e na obesidade. In : Machado C, Almeida L, Gonçalves M, Ramalho V eds. Avaliação psicológica: formas e contextos. Braga : Psiquilíbrios Edições 2004: 511-521.