

Utilização do modelo transteórico no processo de mudança de hábitos alimentares

Transtheoretical model approach in change eating behavior

Júlia Tricate Sader¹, Irene Coutinho de Macedo²

1 Estudante do curso de Bacharelado em Nutrição do Centro Universitário Senac Santo Amaro

2 Docente do Centro Universitário Senac – Santo Amaro

{jtricate@colmagno.com.br; irene.cmacedo@sp.senac.br}

Resumo. O modelo transteórico é utilizado para estudo em diversas áreas correlacionadas à mudança de comportamento. O estudo teve como objetivo estudar a associação dos estágios do modelo com relação ao consumo de frutas e verduras e a adesão dos pacientes ao tratamento prescrito. Tratou-se de uma pesquisa retrospectiva, na qual analisou-se dados de prontuários de 57 pacientes de uma clínica-escola, com idade entre 19 e 59 anos. De acordo com os estágios do modelo transteórico, para o consumo de frutas, 1,8% foi classificado como pertencente à pré-contemplação, 22,8% à contemplação, 38,6% à decisão, 12,3% à ação e 14 24,6% à manutenção. Quanto às verduras, 1,8% foi classificado como pertencente à pré-contemplação, 22,8% à contemplação, 28,1% à decisão, 22,8% à ação e 24,6% à manutenção. Com relação a adesão ao tratamento, 66,7% da amostra apresentou desistência após primeira consulta, contudo, não foi possível alegar real relação entre os estágios em que os pacientes foram classificados e a adesão ao tratamento. Os resultados apontam para a necessidade ampliar estudos sobre a abordagem e intervenção para mudança de hábitos alimentares.

Palavras-chave: modelo transteórico; consumo alimentar; educação alimentar e nutricional.

Abstract. *The transtheoretical model it is still used as baseline studies in a great variety of areas correlated to the behavior changing. The study aims the analysis of the association of the model's stages regarding the consumption of fruits and vegetables, and also the accession of the patients to the prescribed treatment. Defined as retrospective research, this study analyzed patient's records of 57 patients from a school-clinic with aged between 19 and 59 years. Regarding to the stages of the transtheoretical model related to the fruit consumption, 1,8% was classified as belonging to the pre-contemplation, 22,8% to the contemplation, 38,6% to the decision, 12,3% to the action and 24,6% to the maintenance. For the vegetables, 1,8% was classified as belonging to the pre-contemplation, 22,8% to the contemplation, 28,1% to the decision, 22,8% to the action and 24,6% to the maintenance. Concerning the adherence to the treatment, 66,7% of the sample gave-up after the first visit to the clinic. However, it wasn't possible to establish a strong connection between the stages where the patients were classified and the accession to the treatment. Nevertheless, it was observed a high number of individuals who did not continue the treatment, pointing out the need to review the current approaching style and also the intervention of the clinic's professionals.*

Key words: *Transtheoretical Model; Food consumption; Nutritional and Food Education.*

**Iniciação - Revista de Iniciação Científica, Tecnológica e Artística
Edição Temática em Saúde e Bem estar**

Vol. 5 no 6 – Maio de 2016, São Paulo: Centro Universitário Senac

ISSN 2179-474X

Portal da revista: <http://www1.sp.senac.br/hotsites/blogs/revistainiciacao/>

E-mail: revistaic@sp.senac.br

Esta obra está licenciada com uma Licença [Creative Commons Atribuição-Não Comercial-SemDerivações 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

[Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) 

1. Introdução

O modelo transteórico, ou transteorético, foi desenvolvido por James Prochaska e Carlos Di Clemente (PROCHASKA et al, 1992) e é utilizado para estudo em diversas áreas correlacionadas à mudança de comportamento. Mediante pesquisas feitas inicialmente com tabagistas, os autores observaram que muitos fumantes eram capazes de abandonar o vício sem auxílio psicoterápico, ao passo que outros somente progrediam com um tipo de tratamento específico. Sendo assim, os autores se questionaram sobre como indivíduos seriam capazes de, intencionalmente, alterar comportamentos adquiridos sem um tratamento profissional (TORAL e SLATER, 2007).

O modelo transteórico teve, portanto, suas pesquisas incentivadas pela hipótese posteriormente confirmada de que existiam cinco estágios dentro do processo de mudança comportamental pelos quais se passava à medida que o objetivo da mudança ia se concluindo. Estes estágios, segundo Prochaska et al (1992), eram os princípios básicos que explicariam a estrutura da mudança de comportamento que se repetiam na presença ou não de acompanhamento psicoterápico.

Os dois estágios iniciais, pré-ação, foram definidos como: "pré-contemplação", no qual o indivíduo não está verdadeiramente interessado em mudar, não vê perspectiva de mudança num prazo de tempo inferior a 6 meses e não reconhece o risco do comportamento para a seu bem-estar e "contemplação", no qual começa a pensar em, de fato, alterar o comportamento em um prazo inferior a seis meses e já começa a identificar riscos de seu comportamento. Os três estágios seguintes, caracterizados como estágios de ação, são conceituados como: "preparação" ou "decisão", no qual o sujeito pensa em mudar de forma mais ativa e em um curto período de tempo, seguido pelo estágio "ação", no qual já adotou novos comportamentos identificados num período de até seis meses. Por fim, o último estágio, chamado de "manutenção", no qual o paciente permanece por mais de seis meses com o novo comportamento (LECHNER et al 1998; TORAL e SLATER, 2007).

Este modelo e classificação de estágios de intenção de mudança de comportamento tem sido inserido com frequência para estudos na área da alimentação que considera relevante a adoção de hábitos alimentares que, geralmente, implicam em mudança no comportamento alimentar. De acordo com Toral e Slater (2007) esse comportamento corresponde às práticas alimentares em associação a atributos socioculturais, assim como os aspectos individuais do sujeito ou específicos de um grupo que de alguma maneira se relacionem com o alimento.

Em intervenções nutricionais, a utilização do modelo transteórico tem possibilitado o direcionamento das ações específicas para grupos ou indivíduos com diferentes percepções e motivações para realizar mudanças em sua dieta além de ser indicador dos efeitos de uma intervenção, sendo o sucesso representado pelo avanço do indivíduo ao longo dos estágios em direção à "manutenção" (BERTOLIN e SLATER, 2011).

Segundo Kristal et al (1999) para a classificação dos indivíduos nos estágios de mudança utiliza-se um questionário que compreende um número limitado de perguntas mutuamente excludentes. Considerando a diversidade de ações contempladas no comportamento alimentar e sua complexidade (dados do consumo e da percepção alimentar), indica-se que a avaliação dos estágios seja realizada com foco em um determinado grupo alimentar ou nutriente, ou ainda, sobre a percepção alimentar. A título de exemplificação, não seria adequado perguntar ao paciente sobre a sua intenção de adotar hábitos alimentares saudáveis visto a amplitude de ações inseridas no conceito de "hábitos alimentares saudáveis". Ao contrário, indica-se o questionamento direto e específico como "qual a intenção em aumentar o consumo de frutas nos próximos dias".

Atualmente, considerando os diversos problemas de saúde relacionados a hábitos alimentares inadequados, especialmente a redução no consumo de frutas, legumes e hortaliças (LEVY, 2012), o aconselhamento nutricional tem sido apontado como um recurso para orientar práticas adequadas. No entanto, segundo Ulian et al (2015) dietas meticulosamente calculadas ou informações básicas em nutrição e listas de alimentos substitutos apontados em consulta de nutrição, não garantem o comprometimento das pessoas e nem, tão pouco, sua mudança de comportamento.

A adesão às dietas propostas por profissionais em clínicas e centros de atendimento nutricional é baixa, com alta resistência a adoção de novas práticas relativas à alimentação. Boas et al (2011) demonstraram em estudo sobre a adesão à dieta e atividade física em programa direcionado a pacientes com Diabetes *Mellitus* que a adesão ao aconselhamento foi inferior a 50% na população estudada.

Assim, torna-se relevante a realização de pesquisas que contemplem a identificação dos estágios de mudança segundo modelo transteórico e sua aplicação no atendimento nutricional, verificando utilização prática e a eficácia deste recurso para favorecer melhora de hábitos alimentares, especialmente o consumo de frutas e verduras.

1. Objetivo

Estudar a relação entre os estágios de motivação para mudança de comportamento segundo o modelo transteórico em relação ao consumo de frutas e verduras com o grau de adesão dos mesmos ao tratamento proposto em uma clínica de atendimento em nutrição.

2. Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa retrospectiva na qual foram identificados e tabulados dados associados às informações pessoais e de consultas registradas nos prontuários dos pacientes atendidos entre o mês de agosto de 2013 ao mês de fevereiro do ano de 2014 em uma clínica escola de nutrição de uma instituição de ensino superior no município de São Paulo.

Das informações pessoais do prontuário foram verificados gênero, idade, escolaridade, estado civil e profissão. Em seguida, aqueles referentes às características físicas do paciente na consulta inicial e final, dentro do período estipulado envolvendo: peso, estatura, Índice de Massa Corpórea (IMC) classificado segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998), e dados sobre a composição corporal (% de água, % massa magra e % massa gordurosa) obtidos por meio de impedância bioelétrica (Biodynamics modelo 450, TBW, Brasil).

Foram identificados, ainda, dados sobre frequência de consumo de frutas e verduras, investigado pela análise de questionário de frequência alimentar (QFA).

Os dados sobre estágio de motivação para mudança do comportamento alimentar foram igualmente consultados nos prontuários a partir da análise do questionário adaptado de Kristal et al (1999). Atualmente a clínica escola de atendimento nutricional investiga estágio de motivação apenas para o consumo de frutas e verduras, razão pela qual se apresentam esses dados.

Por fim observou-se o número de presenças às consultas e retornos agendados, além do objetivo inicial do paciente ao buscar o atendimento, verificando se, ao final da análise, este foi ou não alcançado.

Os dados foram digitados em um banco de dados MySQL via interface web e posteriormente exportados e analisados em software estatístico específico (SPSS).

3. Resultados e discussão

No período entre o mês de agosto do ano de 2013 ao mês de fevereiro do ano de 2014 foram identificados 153 prontuários de pacientes atendidos na clínica escola de nutrição. Porém somente 57 puderam ser de fato analisados devido a inexistência de prontuários cadastrados.

Assim, foram identificados prontuários de 39 mulheres (68,4%) e 18 homens (31,6%), com idade entre 19 e 59 anos, excluindo, assim, crianças e idosos.

Dentre os dados das características pessoais e sociais, verificou-se a média de idade dos sujeitos de 32,9 anos ($\pm 10,2$ anos) estando a maioria dos indivíduos na faixa etária entre 19 e 29 anos, maioria com superior completo ou pós-graduado (54,4%) e solteiros (61,4%). A tabela 1 apresenta os dados de gênero, faixa etária, escolaridade e estado civil.

Tabela 1: Número e distribuição percentual dos registros em prontuários, segundo gênero, faixa etária, escolaridade e estado civil. São Paulo, 2015.

CARACTERÍSTICAS	n	%
Gênero		
Feminino	39	68,4
Masculino	18	31,6
Faixa Etária		
19-29	27	47,4
30-39	16	28,1
40-49	8	14,0
50-59	6	10,5
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	1	1,8
Médio Incompleto	4	7,0
Médio Completo	2	3,5
Superior Incompleto	19	33,3
Superior Completo	22	38,6
Pós-graduado	9	15,8
Estado Civil		
Solteiro	35	61,4
Casado	20	35,1
Separado	1	1,8
Viúvo	1	1,8

Ao avaliar o IMC, foi possível identificar uma maior prevalência de indivíduos em sobrepeso, totalizando 25 indivíduos (43,9%). Contudo, 20 foram classificados como eutróficos (35,1%), 3 encontraram-se em obesidade grau 2 (5,3%) e 2 (3,5%) apresentaram baixo peso leve, conforme observa-se na Tabela 2.

Tabela 1: Número e distribuição percentual dos registros em prontuários, segundo classificação de estado nutricional segundo Índice de Massa Corporal (IMC) de acordo com critérios da OMS, 1998. São Paulo, 2015.

Classificação do Estado Nutricional	n	%
Baixo Peso Severo	0	0,0
Baixo Peso Moderado	0	0,0
Baixo Peso Leve	2	3,5
Eutrofia	20	35,1
Sobrepeso	25	43,9
Obesidade Grau 1	7	12,3
Obesidade Grau 2	3	5,3
Obesidade Grau 3	0	0
TOTAL	57	100,0

O consumo diário tanto de frutas quanto de verduras foi identificado nos prontuários em menos da metade dos sujeitos analisados (49,1%), o que indica um consumo inferior ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde que preconiza como adequada a ingestão de 400 gramas de frutas e verduras por dia (excluindo batatas e outros tubérculos) (WHO, 2003). O consumo de verduras apresentou-se ainda mais baixo do que o de frutas, dado evidenciado pelas frequências de consumo sinalizadas como "eventual" ou "nunca".

A tabela 3 apresenta a frequência de consumo de frutas e de verduras na população investigada.

Tabela 3: Número e distribuição percentual da frequência de consumo de frutas e de verduras. São Paulo, 2015.

FREQUENCIA	Frutas		Verduras	
	n	%	n	%
Diário	28	49,1	28	49,1
Semanal	19	33,3	17	29,8
Mensal	6	10,5	4	7,0
Eventual	4	7,0	6	10,5
Nunca	0	0,0	2	3,5
TOTAL	57	100,0	57	100,0

Sobre a identificação dos estágios de motivação para mudança do comportamento, para o consumo de frutas, apenas 1 paciente (1,8%) foi classificado como pertencente à pré-contemplação, 13 (22,8%) à contemplação, 22 (38,6%) à decisão, 7 (12,3%) à ação e 14 (24,6%) à manutenção. Para o consumo de verduras, os resultados foram bastante semelhantes: 1 paciente (1,8%) foi classificado como pertencente à pré-contemplação, 13 (22,8%) à contemplação, 16 (28,1%) à decisão, 13 (22,8%) à ação e 14 (24,6%) à manutenção (Tabela 4).

Tabela 4: Número e distribuição percentual dos indivíduos segundo estágio de motivação para o consumo de frutas e de verduras. São Paulo, 2015.

ESTÁGIO DE MOTIVAÇÃO	Frutas		Verduras	
	n	%	n	%
Pré Contemplação	1	1,8	1	1,8
Contemplação	13	22,8	13	22,8
Decisão	22	38,6	16	28,1
Ação	7	12,3	13	22,8
Manutenção	14	24,6	14	24,6
TOTAL	57	100,0	57	100,0

Esses dados apontam uma motivação maior para a decisão do consumo de frutas (38,6%), quando comparados com a motivação para o consumo de verduras (28,1%).

Considerando a somatória dos indivíduos classificados nos estágios ação e manutenção que, teoricamente são os únicos nos quais o paciente poderia relatar consumo diário, 21 sujeitos estão entre ação e manutenção com relação às frutas e somente 27 às verduras.

De acordo com os dados do modelo transteórico, um número maior de pessoas já está consumindo verduras (estágios de ação e manutenção) o que parece ser contraditório à informação sobre o consumo diário de verduras quando mais da metade dos indivíduos (50,8%) não consome verduras diariamente.

Essa aparente contradição pode ser justificada por duas variáveis: as limitações do inquérito alimentar utilizado (QFA) ou o emprego do questionário para identificação do estágio de motivação.

Holanda e Filho (2006) apontam que o QFA é composto por uma lista de alimentos e bebidas cuja frequência de consumo é perguntada ao indivíduo. Esse método permite esclarecer o padrão alimentar do sujeito. Porém, o questionário pode apresentar lista incompleta dos alimentos, agrupamento dos alimentos de forma inadequada, erros na estimativa da frequência e na estimativa das porções. Há ainda, que se considerar, a possível dificuldade do sujeito em apontar fidedignamente os alimentos e frequência de alimentos consumidos mediante o entrevistador.

Bertolin e Slater (2011) apontam como dificuldades no formato do questionário para identificação de estágio de motivação o fato do instrumento não levar em consideração a interpretação do indivíduo sobre a sua própria dieta, também a impossibilidade de uma avaliação precisa da dieta a partir de uma simples pergunta, além da classificação estar limitada a um ponto de corte determinado pela recomendação nutricional e exemplifica: consumo adequado de frutas, 3 porções diárias).

No momento da consulta na clínica escola, os pacientes preenchem o questionário pessoalmente, sem a interferência do entrevistador. Assim, não foi possível identificar se os mesmos têm clareza ou percepção equivocada sobre o que é um consumo baixo, alto ou muito alto de um determinado alimento.

O preenchimento individual pelo paciente é visto como positivo por Bertolin e Slater (2011), que consideram que a classificação nos estágios é obtida a partir da opinião do próprio indivíduo, não do pesquisador, favorecendo, ao mesmo, a possibilidade de reflexão e julgamento sobre sua alimentação.

Sobre o objetivo do paciente ao buscar o atendimento nutricional, a maioria dos indivíduos (68,5%) registrou interesse em emagrecer. Esse dado é bastante próximo à classificação do estado nutricional que apontou 61,5% dos indivíduos com excesso de peso e obesidade. No entanto, a diferença entre o objetivo de perder peso e a real necessidade (7%), segundo classificação da OMS (1998), indica a presença de pessoas que, ainda que com o peso adequado, buscam atendimento nutricional com vistas ao emagrecimento.

Esse perfil se repete em estudos conduzidos por Oliveira e Crislei (2014), Sampaio e Souza (1991) e Oliveira et al (2008), que também observaram o excesso de peso como sendo a maior queixa dos pacientes atendidos em clínica.

Embora não haja registro sobre a dimensão e o incremento da demanda por orientação alimentar, Witt e Schneider (2011) observa-se que a procura por atendimento nutricional tem aumentado tanto na rede básica de saúde, quanto em clínicas e consultórios. Essa procura tem sido, especialmente, para a redução de peso e busca de padrões estéticos associando beleza ao corpo magro.

A análise de adesão ao tratamento, por meio da continuidade ou do abandono do mesmo demonstrou que 38 indivíduos (66,7%) compareceram somente a primeira consulta e 19 (33,3%) comparecem a duas ou mais visitas dentro do período analisado.

Dos que deram continuidade ao acompanhamento nutricional, 12 sujeitos (21,1%) realizaram mudanças significativas em direção ao objetivo estabelecido e 6 (10,5%) não mostraram alterações. Importante ressaltar que a maioria dos pacientes atendidos na clínica, não retornaram à consulta de retorno, comparecendo apenas à primeira consulta de diagnóstico.

Koehnlein et al (2008) afirmam que as perdas de peso mais significantes em pacientes atendidos em clínica estão atreladas às seguintes variáveis: presença de doenças associadas, percentual de gordura que configura risco para doenças associadas, tabagismo, estado civil casado, prática de atividade física, estética e saúde como motivo do atendimento nutricional, descontentamento/ desconforto e estímulo familiar/amigos como fatores motivadores, não ter realizado dieta anteriormente, facilidade de diminuir o consumo de alimentos ricos em gordura, facilidade de manutenção dos novos hábitos alimentares. Dessa maneira o autor relaciona um maior avanço ao tratamento proposto com diversas formas de motivação, que por sua vez poderiam classificar estes indivíduos em diferentes estágios do modelo transteórico.

Na análise dos estágios de motivação para consumo de frutas e verduras, houve registro de intenção de mudança ou de hábitos já adotados. No entanto, a maioria sequer retornou à segunda consulta, descontinuando o atendimento nutricional.

Segundo Martin et al (2005), 75% dos pacientes que recebem qualquer orientação relacionada a mudanças no estilo de vida como restrições alimentares acaba não as seguindo. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) ainda afirma que 95% dos pacientes com excesso de peso e obesidade que iniciam uma dieta para perda de peso não obtêm o sucesso desejado.

Alvarenga et al (2015) relata sobre estudos qualitativos que apontam a difícil relação entre seguir uma dieta ou de adotar hábitos alimentares saudáveis quando o ambiente alimentar não favorável como a rotina de trabalho ou o contexto em que se vive e a complexidade dos fatores que determinam o comportamento alimentar.

Contudo, não foi possível identificar uma clara relação entre os estágios em que os pacientes foram classificados e a adesão ao tratamento. Em ambos os casos, com exceção da pré-contemplação, todos os outros estágios estão homogeneamente divididos entre a amostra, principalmente considerando o consumo de verduras.

Um elemento que merece destaque é a baixa adesão ao tratamento, o que deveria ser condizente ao valor de indivíduos entre os estágios de pré contemplação e contemplação, considerando estes serem sujeitos despreparados para iniciar um tratamento por não possuírem motivação suficiente para uma mudança de comportamento. Ou seja, o esperado seria que apenas esses sujeitos teriam justificado, pela baixa motivação, a não adesão ao tratamento.

4. Conclusão

Após análise dos resultados, não foi possível identificar uma relação significativa entre o estágio de motivação e a adesão ao tratamento proposto. Contudo, foi observado um número muito elevado de indivíduos que não deram continuidade ao tratamento, ou seja, efetuaram somente uma visita à clínica. Sendo assim, sugere-se repensar a forma de abordagem e intervenção que os profissionais da clínica utilizam nos pacientes atendidos, objetivando um aumento de adesão aos tratamentos prescritos.

Além disso, a falta de habilidade que os pacientes estudados demonstraram com relação à percepção de frequência de consumo e/ou em avaliar se o consumo é alto, muito alto, baixo e assim por diante, sugere a adoção de métodos de caráter educativo, para que estas pessoas passem a entender melhor tais conceitos, com o intuito de promover a adoção de hábitos mais saudáveis e reduzir, mesmo que em longo prazo este tipo de viés.

O modelo transteórico é uma importante ferramenta para o atendimento nutricional, porém requer estudos e treinamentos focados em sua aplicação e efetiva utilização dos resultados para identificar ações na prática educativa, contribuindo para a adesão ao tratamento e adesão a hábitos alimentares saudáveis.

Referências

ALVARENGA, Marle et al. **Dieta e seus efeitos no comportamento alimentar**. In: ALVARENGA, Marle; FIGUEIREDO, Manoela; TIMERMAN, Fernanda; ANTONACCIO, Cynthia. *Nutrição Comportamental*. Manole (2015): 69-100

BERTOLIN, Maria Natacha Toral; SLATER, Betzabeth. **Aplicação do modelo transteórico em estudos de nutrição**. In: DIEZ-GARCIA, Rosa Wanda; CERVATO-MANCUSO, Ana Maria. *Nutrição e metabolismo – mudanças alimentares e educação nutricional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012: 198-206.

BOAS, Lilian Cristiane Gomes-Villas et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enferm** 20.2 (2011): 272-279.

HOLANDA, Lívia Batista; FILHO Antonio Azevedo Barros. Métodos aplicados em inquéritos alimentares. **Rev Paul Pediatría** 24.1 (2006): 62-70.

KOEHNLEIN, Etoá et al. Adesão à reeducação alimentar para perda de peso: determinantes, resultados e a percepção do paciente. **Rev Bras Nutr Clin** 2008;23(1):56-65. Disponível em: http://www.ucg.br/ucg/eventos/obesidade_curso_capacitacao_ambulatorial/Material_Consulta/Material_Nutricao/Ades%C3%A3o%20%C3%A0%20reeduca%C3%A7%C3%A3o%20alimentar%20para%20perda%20de%20peso.pdf. Acesso em: 02 Abr. 2015.

- KRISTAL, AR et al. How can stages of change be best used in dietary interventions? **J Am Diet Assoc** 1999; 99(6):679-684
- LECHNER, Lilian et al. Stages of change for fruit, vegetables and fat intake: consequences of misconception. **Oxford University press**. 1998: 13(1): 1-11.
- LEVY, Renata Bertazzi et al. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. **Rev Saúde Pública** 46.1 (2012): 6-15.
- MARTIN, Leslie et al. The challenge of patient adherence. **Therapeutics and Clinical Risk Management** 2005:1(3) 189-199. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1661624/pdf/tcrm0103-189.pdf> Acesso em: 23 Março de 2015.
- OLIVEIRA, Ana Flavia et al. Perfil de Pacientes que Procuram Atendimento Nutricional. **Rev Salus-Guarapuava-PR**, v. 2, n.1, p.13-21. 2008.
- OLIVEIRA, Tatiana; PEREIRA, Crislei. Perfil de Pacientes que Procuram a Clínica de Nutrição da PUC MINAS e Satisfação quanto ao Atendimento. **Rev. Percurso acadêmico** v. 4, nº 8. Minas Gerais, 2014.
- PROCHASKA, James et al. In search of how people change: applications to addictive behaviors. **Am Psychol** 1992, 47(9): 1102-1114.
- SAMPAIO, Helena; SOUZA, Antônia Maria. Atuação do nutricionista em consultório: experiência de oito anos em Fortaleza, CE. **Rev. de Nutrição da PUCCAMP**. v.4, n.42, p.25-39, São Paulo, 1991.
- TORAL, Natacha e SLATER, Betzabeth. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2007, 12(6): 1641-1650.
- ULIAN, Mariana et al. **Aconselhamento nutricional versus prescrição**. In: ALVARENGA, Marle; FIGUEIREDO, Manoela; TIMERMAN, Fernanda; ANTONACCIO, Cynthia. Nutrição Comportamental. Manole (2015): 161-190
- WITT, Juliana da Silveira Gonçalves; SCHNEIDER, Aline Petter. Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. **Ciênc Saúde Coletiva** 16.9 (2011): 3909-16.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic**. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO, 1998.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva; 2003. (WHO technical report series, 916).