



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

Corrêa Chaves, Eliane; Ribeiro Oyama, Silvia Maria

MODELO DE INTERVENÇÃO TELEFÔNICA NA SENSIBILIZAÇÃO DE MUDANÇA DO PADRÃO
ALIMENTAR

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 23, núm. 2, abril-junio, 2010, pp. 136-143

Universidade de Fortaleza

Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40816970006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

MODELO DE INTERVENÇÃO TELEFÔNICA NA SENSIBILIZAÇÃO DE MUDANÇA DO PADRÃO ALIMENTAR

A model of phone call intervention in sensitizing the change of dietary pattern

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Propor um modelo de intervenção telefônica para mudança do padrão alimentar e avaliar a sua efetividade. **Método:** Estudo realizado no centro de Promoção da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com 27 indivíduos, através de 3 a 5 contatos telefônicos por usuário, por meio dos quais realizaram-se orientações e intervenções nos preceitos da Terapia Cognitivo Comportamental e do Modelo Transteórico sobre alimentação saudável. Analisaram-se as variáveis peso e índice de massa corporal, padrão alimentar global e estágio de motivação para mudança. Os dados foram submetidos a análise de variância com medidas repetidas em diferentes momentos de avaliação: pré-contato, 3º e 5º contatos telefônicos. **Resultados:** Após a intervenção, os usuários apresentaram mudança no comportamento alimentar no terceiro contato, e ocorreu modificação em peso e IMC em uma paciente. Todos os achados não foram estatisticamente significativos. Ocorreu melhora na motivação para a aquisição de novos hábitos alimentares, também de forma não significativa. **Conclusão:** Houve discreta mudança de comportamento alimentar, a motivação para a mudança melhorou para todos os participantes, sem, no entanto, ter havido efetividade neste tipo de abordagem.

Descritores: Promoção da Saúde; Telefone; Alimentação.

ABSTRACT

Objective: To propose a model of phone call intervention for changing dietary patterns and to assess its effectiveness. **Method:** A study carried out at the Health Promotion School of Medicine, University of São Paulo, with 27 subjects, 3-5 phone calls contacts per user, by means of which were given orientations and interventions on the principles of Cognitive Behavioral Therapy and the Transtheoretical Model on healthy eating. We analyzed the variables weight and body mass index, dietary patterns and overall stage of motivation to change. The data were submitted to analysis of variance with repeated measures at different stages of evaluation: pre-contact, 3rd and 5th phone calls. **Results:** After intervention, users showed a change in eating behavior in the third contact, and change occurred in weight and BMI in one patient. All findings were not statistically significant. There was improvement in the motivation to acquire new eating habits, also not significant. **Conclusion:** There was a slight change in feeding behavior, the motivation to change improved for all participants, without, however, have been effective in this type of approach.

Descriptors: Health Promotion; Telephone; Feeding.

Eliane Corrêa Chaves⁽¹⁾
Sílvia Maria Ribeiro Oyama⁽²⁾

1) Universidade de São Paulo (USP)
- São Paulo (SP) - Brasil

2) Faculdade Campo Limpo Paulista
(FACCAMP) - Campo Limpo Paulista (SP);
Centro Universitário Padre Anchieta
(UNIANCHIETA) - Jundiaí (SP) - Brasil

Recebido em: 17/07/2009
Revisado em: 10/03/2010
Aceito em: 09/04/2010

INTRODUÇÃO

Como seres vivos, os homens só subsistem e propagam sua espécie se mantiverem, de maneira constante, uma alimentação equilibrada que promova benefícios para a manutenção da saúde. A alimentação permite aos seres vivos transformar alimentos e nutrientes do meio exterior em constituintes de seu próprio organismo. Para que este processo ocorra, o homem deve dispor de alimentos específicos e variados em quantidade suficiente e adequada⁽¹⁾.

A alimentação exerce grande influência sobre o indivíduo, principalmente sobre sua saúde, capacidade de trabalhar, estudar e divertir-se, sua aparência e longevidade^(2,3). Uma pessoa mal nutrida, com alimentação pouco variada, é fraca, irritadiça, desanimada, sem vontade de trabalhar, andar, pensar, ou de realizar qualquer atividade que dependa de esforço muscular ou cerebral. Pessoas com excesso de peso não podem, também, ser consideradas bem nutridas, uma vez que o excesso de alimentos leva à obesidade, que resulta em desânimo, cansaço fácil, entre outros problemas⁽²⁾.

Assim, cuidar da alimentação é cuidar de uma necessidade básica do homem, de extrema importância em sua vida. A alimentação má e escassa, mantida durante muito tempo, determina no ser humano degenerações que o atingem quando ainda em gestação e o acompanham durante sua vida. A subnutrição causa o aumento do risco de mortes de recém-nascidos, aumento das limitações do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, partos prematuros, grande número de abortos espontâneos, crescimento e desenvolvimento retardado, diminuição da resistência a infecções, índices elevados de mortalidade infantil, mau aproveitamento escolar, má conformação física, baixa produtividade no trabalho, envelhecimento precoce e morte prematura^(2,4).

A alimentação tem a finalidade de aporte de energia potencial, aporte de nutrientes para os processos de crescimento e para as necessidades próprias da gestação e da lactação, aporte de água e eletrólitos necessários à regulação homeostática do meio interno⁽¹⁾.

Atualmente, se vive um processo de transição epidemiológica, no qual morrem menos pessoas por doenças infecciosas e desnutrição, e cresce a mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis. Isto é atribuído ao processo de modernização experimentado pelas sociedades de países industrializados, resultantes das melhorias de saneamento básico, moradia e disponibilidade de alimentos. Observa-se uma mudança na composição das dietas, que refletem no estado nutricional dos indivíduos⁽¹⁾.

Assim, são necessárias ações de promoção e proteção da saúde que contemplem o controle, tanto das doenças de carências alimentares e infecciosas, quanto das doenças crônicas não transmissíveis⁽⁵⁾.

No Brasil, os elevados índices de mortalidade e desnutrição estão ligados não somente à falta de alimentação em pessoas carentes, mas também, à forma inadequada de alimentação, que pode provocar doenças crônicas não transmissíveis, tais como obesidade, diabetes, câncer intestinal, hipertensão arterial e cardiopatias⁽⁵⁾. As doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de óbito nos países industrializados e também no Brasil⁽⁶⁻⁸⁾.

O consumo indiscriminado de alguns produtos industrializados vem contribuindo para modificar a alimentação do brasileiro, tornando-a mais calórica, deficiente em fibras, rica em gorduras e em açúcares em geral⁽⁹⁾.

Estudos epidemiológicos têm mostrado que a alimentação é um dos fatores envolvidos na etiologia de doenças cardiovasculares^(10,11). Há estudos demonstrando que modificações na dieta podem reduzir em até 30% o desenvolvimento das doenças cardiovasculares⁽¹⁰⁾. Em 40 estudos de caso controle, observou-se que o consumo de cereais integrais é um fator de proteção contra os vários tipos de câncer^(12,13).

A prevenção e controle das doenças cardiovasculares e também a promoção da saúde, de uma forma geral, dependem de estratégias de mudanças de hábitos e comportamentos⁽¹⁴⁾. A noção de promoção da saúde tem sido referência para as intervenções com aplicações em diversos níveis, desde as políticas públicas de saúde, até o plano programático de assistência ao usuário, onde a prática do aconselhamento individual, realizado por profissionais de saúde, busca a efetiva mudança de comportamentos não saudáveis que oferecem risco à saúde⁽¹⁵⁾. O aconselhamento para alimentação saudável é importante por sua efetividade e baixo custo^(7,16).

A nutrição saudável tem por base o reconhecimento de que um nível ótimo de saúde depende da nutrição. Com o aumento da obesidade e das doenças associadas à obesidade, no Brasil, há que se combinarem orientações para a redução das deficiências nutricionais, ainda presentes, com orientações visando a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. Neste cenário, as medidas preventivas ocupam lugar de destaque, em função de que a prevenção precoce das doenças associa-se à melhor qualidade de vida. Um nível ótimo de saúde depende da nutrição⁽¹⁷⁾.

As pessoas precisam de uma alimentação equilibrada para viver com saúde. Para isso devem conhecer o valor nutritivo dos alimentos e consumir aqueles que são mais

saudáveis. Entretanto, existe muita informação errada sobre o assunto e a população desconhece o real valor dos alimentos.

A demanda por orientação alimentar tem crescido significativamente, face ao diagnóstico precoce das doenças crônicas e ao reconhecimento da influência da alimentação sobre elas. Não há ainda registros sobre o incremento e a dimensão atual dessa demanda, mas observa-se que tem aumentado, tanto na rede básica de saúde, quanto em clínicas e consultórios⁽¹⁸⁾.

Estratégias que visem à promoção da alimentação saudável são mecanismos influentes na manutenção e promoção da saúde. O aconselhamento básico para que o indivíduo melhore seu padrão alimentar pode ser realizado por diversos profissionais da área de saúde em variados momentos da atenção à saúde, podendo ser incluído nas ações de promoção à saúde no momento das hospitalizações. Neste cenário novas tecnologias que atendam esta demanda são necessárias. O aconselhamento de modificação do padrão alimentar efetuado através da abordagem telefônica pode ser uma forma eficiente de atender esta demanda com um baixo custo.

O telefone é uma tecnologia de baixo custo, que pode atender pessoas em diversos lugares em curto espaço de tempo, podendo deixar a rotina do serviço de saúde mais dinâmica. Os pacientes mais beneficiados poderão ser os que não dispõem de acesso a especialista, ou aqueles cuja atenção básica seja precária ou inexistente.

Com o avanço tecnológico, os meios de telecomunicação vêm se aprimorando, tornando-se cada vez mais disponíveis para a população e a qualidade do serviço cada vez mais confiável. Atualmente, grande parte da população possui este meio de comunicação, sendo que no Brasil o número de telefones ultrapassou 100 milhões. O número de celulares está em 61,18 milhões e o de telefones fixos, em 39,36 milhões⁽¹⁹⁾.

Estudos desenvolvidos nos Estados Unidos, investigando a possibilidade da utilização do telefone em saúde, têm mostrado que as pessoas gostariam de ter acesso aos profissionais de saúde por telefone. A avaliação da satisfação com esse meio de comunicação mostrou-se alta em grupos onde esta estratégia foi utilizada⁽²⁰⁾. Os benefícios dessa intervenção incluem a velocidade de acesso do profissional de saúde ao paciente, diminuição do tempo de espera para a consulta, redução do tempo e custo na locomoção dos pacientes, possibilidade de aumentar a frequência dos contatos, além de diminuir a necessidade de retorno presencial do paciente⁽²⁰⁾. Quando utilizada em serviços de triagem, esta tecnologia pode reduzir em até 39% a demanda de consulta presencial⁽²¹⁾ e pode diminuir a demanda de pacientes que procuram os serviços de emergência⁽²²⁾.

Para a intervenção telefônica é necessário um projeto terapêutico ou simplesmente um plano de aconselhamento. Para atingir esta finalidade, alguns modelos teóricos utilizados nas intervenções presenciais em promoção da saúde^(23,24) podem ser úteis também na intervenção telefônica, embora demandem certa adaptação. O objetivo geral deste estudo foi propor um modelo de intervenção telefônica para mudança do padrão alimentar e avaliar a sua efetividade.

MÉTODO

O presente estudo, realizado no Centro de Promoção da Saúde (CPS) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), utilizou como modelos teóricos aplicáveis o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente⁽²³⁾ e a teoria cognitivo-comportamental⁽²⁴⁾.

A composição da amostra efetivamente estudada se deu a partir de um recorte temporal, no qual incluíram-se todos os usuários que procuraram o ambulatório no período de abril de 2004 e que aceitaram participar da pesquisa. A partir do cálculo amostral realizado utilizando-se a análise de variância com medidas repetidas em dois momentos de avaliação⁽²³⁾, observou-se que, para a consecução dos objetivos propostos neste estudo, seriam necessários, no mínimo 21 casos.

Os critérios de inclusão foram: estar matriculado no serviço ambulatorial do CPS; ser alfabetizado, para possibilitar o preenchimento das fichas; possuir telefone próprio, para possibilitar o acompanhamento telefônico; expressar interesse e disponibilidade de participação voluntária, consentida e esclarecida; relatar ter um comportamento alimentar não saudável e/ou apresentar IMC maior que 25; ter idade igual ou superior a 18 anos.

Participaram deste estudo 27 usuários que procuraram o serviço pela primeira vez. Destes, dezenove receberam cinco contatos telefônicos, sendo realizado um contato por mês; e oito receberam três contatos. Todos os telefonemas foram realizados pela mesma pesquisadora.

O primeiro contato com o usuário foi presencial, quando houve o preenchimento do instrumento e a pesquisadora verificou o peso e a altura com a finalidade de calcular o Índice de Massa Corpórea – IMC. O instrumento utilizado nesta pesquisa foi criado a partir da junção de dados referentes aos sujeitos pesquisados e aos seus hábitos relativos à alimentação. Em cada telefonema, o usuário informava à pesquisadora o peso atual, para que se pudesse calcular o IMC e, no último contato, a pesquisadora coletou os dados do instrumento para que fosse possível a elaboração do banco de dados.

Cada um dos atendimentos telefônicos foi estruturado conforme as etapas apresentadas a seguir:

Abertura: Momento do início de cada atendimento. (Quadro I)

Corpo do atendimento: Momento de aplicação das técnicas escolhidas para cada cliente. (Quadro II)

Finalização: Momento do término de cada atendimento. (Quadro III)

O presente estudo recebeu aprovação em 2004, pela Comissão de ética para análise de projetos de Pesquisa – CAPPESQ, da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob o número 840/04.

Quadro I - Técnicas utilizadas na abertura.

Construção do contrato	Aborda as responsabilidades do pesquisador e do cliente. Agendamento do horário de atendimento.
Construção de uma aliança terapêutica segura	Construído com segurança, cordialidade, empatia, atenção, respeito e competência ⁽³⁰⁾ . Aborda o sigilo e a duração prevista do contato e do processo de atendimento ⁽³¹⁾ .
Ponte com o atendimento anterior	Saber o assunto do atendimento anterior motiva o usuário a se preparar para o atendimento atual, pensando sobre o atendimento na semana ⁽³²⁾ .
Atualização do estado atual do cliente	Atualizadas as informações principais sobre a alimentação. Esta atualização permitirá uma análise do processo, direcionando o atendimento.
Avaliação do problema	Investigação da origem e o curso deste, de todos os tratamentos prévios recebidos e a medicação utilizada ⁽³⁰⁾ .
Análise das dificuldades e busca de alternativas	Análise das dificuldades para encontrar as alternativas de superação, minimizando o impacto negativo que estas possam causar.

Quadro II - Técnicas utilizadas no corpo do atendimento.

Informação ao cliente	Realização de diversas orientações para adoção de alimentação saudável, sendo utilizado o referencial teórico referente à promoção da saúde.
Tarefa de casa	Maximizar o que foi aprendido no atendimento e conduzir para um aumento no sentimento de autoeficácia ⁽³³⁾ . As atividades (ler sobre o tema, modificação de algumas rotinas, leitura dos rótulos, busca de novas receitas, identificação do motivo para comer fora dos horários) foram escolhidas junto com o usuário, conforme andamento do processo de atendimento.
Revisão da tarefa de casa	O reforço deste comportamento comunica o valor do trabalho entre os atendimentos ⁽³⁴⁾ .
Análise da conceituação cognitiva e dos pensamentos automáticos	A Conceituação Cognitiva é uma hipótese sobre pensamentos, suposições, emoções e crenças do paciente. Ela pode ser reformulada no decorrer da terapia, à medida que novas informações e evidências aparecem ⁽³⁵⁾ .
Estabelecimento de metas	Verificaram-se as opções de metas para cada indivíduo, auxiliando-o a produzir várias possibilidades de ação, analisando as consequências positivas e negativas de cada uma e, então, aceitar a decisão do indivíduo ⁽³⁶⁾ .
Ensino da técnica de distração	Eficácia no controle da ansiedade. Pode ser empregada com a solicitação de centrar os pensamentos em algum objeto externo, exercício físico, atividades manuais, crochê, tricô, pintura, entre outras ⁽³⁷⁾ .
Ensino da técnica de relaxamento	O relaxamento é um processo psicofisiológico de caráter interativo, onde o fisiológico e o psicológico interagem, sendo partes integrantes do processo ⁽³⁸⁾ .
Indicação para o uso de material suporte	O uso de materiais escritos pode auxiliar o usuário a modificar seus comportamentos, pensamentos e sentimentos ⁽³⁹⁾ .
Treinamento de habilidades e ensaio comportamental	As principais dificuldades de habilidade acontecem nas seguintes situações: sentimentos negativos, assertividade, fazer críticas, receber críticas, comunicação, dizer não, socialização, frustrações, adiar prazeres, reconhecer e enfrentar situações de risco, fissura e realizar planejamento ⁽⁴⁰⁾ .

Quadro III - Técnicas utilizadas na finalização do atendimento

Resumo do atendimento	Realizado no final do atendimento um resumo dos temas abordados.
Esclarecimento de dúvidas	Durante todo o atendimento e no momento final a pesquisadora questionou a presença de dúvidas.

A pesquisadora abordou individualmente cada participante, explicando os objetivos, os métodos e a divulgação dos dados da pesquisa, e obteve as assinaturas do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Entrevistaram-se um total de 27 participantes. Durante a evolução do trabalho houve perda de seguimento a partir do terceiro contato de 8 pacientes.

Entre os 19 participantes efetivamente estudados, 15(18,9%) eram de adultos do sexo feminino com faixa etária entre 40 e 59 anos. Doze (63,2%) moravam com companheiro e filhos, trabalhando apenas em casa, tendo renda *per capita* média de R\$250,00 a R\$500,00 reais (US\$ 85,32 a 170,64 dólares americanos) e havia cursado o ensino fundamental completo (equivalente a um mínimo de 12 anos de estudo).

A duração média (em minutos) dos contatos telefônicos era de 35 minutos para o primeiro e último contato, e de 25 minutos para os contatos intermediários. A menor ligação teve duração de 15 minutos e a maior prolongou-se por 55 minutos. As ligações tiveram um intervalo de 30 dias entre elas.

Para a obtenção de sucesso a média de tentativas foi de duas vezes no primeiro contato, três vezes para o segundo e terceiro contatos, e cinco vezes para o quinto contato.

Em ambos os grupos, dos que receberam três ou cinco ligações, as mudanças ocorridas em relação ao peso não foram estatisticamente significantes. Somente uma pessoa migrou da faixa de obesidade I para sobrepeso (Tabela I).

Com base nas informações dos usuários, houve a modificação para uma melhor seleção de alimentos dos participantes que receberam cinco contatos no período entre o pré-contato e o terceiro contato, tendo desaparecido entre o terceiro e quinto contatos. Entre os participantes que receberam três contatos, a modificação para melhor escolha de alimentos também ocorreu, em maior proporção que no grupo anterior. Estas melhoras, no entanto, não foram estatisticamente significativas. A Figura 1 mostra a distribuição dos usuários frente à modificação dos hábitos alimentares.

Tabela I - Distribuição dos usuários segundo o IMC e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.

IMC	Pré-contato		3º contato		5º contato	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Menor 24,9	3	15,8	3	15,8	4	21,1
25-29	6	31,6	8	42,1	9	47,4
30-39	9	17,4	7	36,8	5	26,3
Maior 40	1	5,3	1	5,3	1	5,3
Total	19	100,0	19	100,0	19	100,0

IMC: Índice de massa corporal.

*Entre o pré-contato e 3º contato: $P = 0,91$; Entre o pré-contato e 5º contato: $P = 0,69$;

Kappa $P < 0,001$

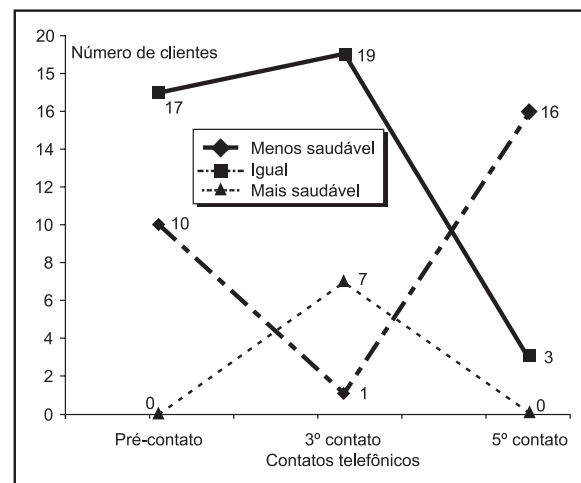


Figura 1 - Distribuição dos usuários segundo a informação referente à qualidade da alimentação e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.

Entre o pré-contato e 3º contato: $P = 0,75$; Entre o pré e 5º contato: $P = 0,50$; Kappa $P < 0,001$

O estágio de motivação para a mudança da qualidade da alimentação melhorou. Através das Tabelas II e III, observou-se que entre os usuários que receberam cinco contatos, houve mudança do estágio da motivação já no terceiro contato. Estes saíram de uma situação de pré-contemplação, contemplação e preparação, para uma situação de ação. No período entre o 3º e 5º contatos houve redução de dificuldade na execução da ação. Entre os que receberam três contatos, a mudança foi muito discreta. Não houve significância estatística em qualquer das situações analisadas.

Tabela II - Distribuição dos usuários que receberam cinco contatos, segundo o estágio de motivação para a mudança da qualidade da alimentação e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.

Estágio Motivacional	Pré-contato		3º contato		5º contato	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Pré-contemplativo	1	5	0	0	0	0
Contemplativo	2	11	0	0	0	0
Preparação	16	84	0	0	0	0
Ação com dificuldade	0	0	16	84	10	53
Ação sem dificuldade	0	0	3	16	9	47
Total	19	100,0	19	100,0	19	100,0

Entre o pré-contato e 3º contato: $P = 0,74$; Entre o pré e 5º contato: $P = 0,37$; Kappa $< 0,001$

Tabela III - Distribuição dos usuários que receberam três contatos segundo o estágio da motivação para a mudança da qualidade da alimentação e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.

Estágio Motivacional	Pré-contato		3º contato	
	N	(%)	N	(%)
Pré-contemplativo	0	12	0	0
Contemplativo	0	12	0	0
Preparação	0	37	0	0
Ação com dificuldade	8	37	7	88
Ação sem dificuldade	0	12	1	12
Total	8	100,0	8	100,0

Entre o pré-contato e 3º contato: $P = 0,87$; Kappa $< 0,001$

DISCUSSÃO

O fio condutor da discussão aqui apresentada está baseado na vertente da intervenção telefônica em promoção à saúde, melhora da alimentação, como método efetivo de intervenção para mudança de comportamento.

Em estudo realizado entre 2001 e 2002 no Município de São Paulo, sobre fatores de risco para doenças crônicas, a prevalência de pessoas com sobrepeso foi de 29,2%⁽²⁴⁾. Os dados deste estudo mostram percentuais semelhantes ao encontrado no grupo aqui estudado, que foi de 32%. A prevalência de sobrepeso encontrada era de 27,1% e de 17,6% de obesidade entre mulheres de 30-49 anos⁽²⁴⁾.

No presente estudo, entre as mulheres da mesma faixa etária, os percentuais encontrados foram de 29,6% para

sobrepeso e 50,0% para obesidade, ou seja, percentuais mais elevados do que em pesquisa cujo recrutamento da população foi aleatória.

Nas últimas décadas tem-se observado mudanças no padrão alimentar da população brasileira, podendo-se destacar: redução do consumo de cereais e derivados, feijão, raízes e tubérculos, por conseguinte, diminuição da participação relativa de carboidratos complexos na dieta; substituição da banha, toucinho e manteiga por óleos vegetais e margarina; aumento do consumo de carnes, principalmente o de aves, cuja proporção de gordura é menor do que das carnes vermelhas; aumento contínuo no consumo de ovos, leite e seus derivados; alto consumo de açúcar, totalizando cerca de um quarto do total de carboidratos da dieta; alto consumo de gorduras, superando o limite máximo recomendado pela Organização Mundial de Saúde⁽⁵⁾. Estes novos hábitos alimentares, no seu conjunto, tendem a resultar em um consumo calórico diário elevado, fato que pode ter influenciado os resultados aqui obtidos referentes a sobrepeso e obesidade.

A percepção da melhora da alimentação, ao final deste estudo, teve seu resultado negativo. Cabe ressaltar que o término da coleta de dados coincidiu com períodos festivos de final de ano, e, mesmo assim, os participantes puderam observar mudanças favoráveis em seu padrão alimentar, porém, a oferta abundante de alimentos não saudáveis nesta época do ano prejudicou a continuidade da mudança alimentar.

A mudança comportamental é um processo, e as pessoas têm diversos níveis de motivação e de prontidão para mudar, quanto mais motivado o usuário estiver para a mudança, maiores serão suas chances de sucesso. Através das etapas de motivação de Prochaska e DiClemente, todos os participantes do presente estudo melhoraram sua motivação, aumentando as probabilidades de sucesso em melhorar a alimentação. A estratégia utilizada neste estudo pode incrementar as estratégias de promoção à alimentação saudável. Cabe ressaltar que o método interfere no resultado da eficácia do programa, como também vários outros fatores podem interferir no sucesso do aconselhamento nutricional: a intensidade da intervenção; a potencial capacidade de mudar comportamentos; o tempo a ser gasto; a existência de fatores externos limitantes, como a disponibilidade de alimentos; e a possibilidade de substituição, ou seja, que os alimentos recomendados substituam a dieta habitual, incluindo a amamentação⁽²⁵⁾. A abordagem telefônica sendo uma estratégia nova pode representar um fator de interferência nos resultados.

Com o objetivo de maximizar a intervenção telefônica, a pesquisadora utilizou algumas competências específicas para este tipo de atendimento, como capacidade de captar

informações por meio da entonação da voz; respeitar o silêncio sabendo quando e como interrompê-lo, mantendo atenção na última informação dita; controle do tempo da chamada e da própria chamada; direcionamento das chamadas difíceis, não se deixando manipular repetindo a mesma informação; reconhecimento de quando e como terminar uma chamada⁽²⁶⁾.

Não foi possível encontrar estudos que utilizassem método e referencial teórico semelhante, impossibilitando a comparação dos resultados. Assim, é necessário que novos estudos que utilizem a metodologia da intervenção telefônica sejam realizados, possibilitando a análise e comparação dos resultados.

CONCLUSÕES

Houve uma discreta mudança de comportamento referente ao comportamento alimentar, a motivação para a mudança do comportamento alimentar melhorou para todos os participantes. Os resultados encontrados neste estudo não apresentaram uma efetividade da intervenção, não sendo estatisticamente relevantes, mas cabe ressaltar que a mudança de comportamento é um processo contínuo, cujo resultado muitas vezes é observado após um período prolongado, considerando o emprego de uma nova tecnologia, o telefone.

Artigo baseado na dissertação de Mestrado intitulada: Abordagem telefônica para Promoção da Saúde. 2006. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 102 pg

REFERÊNCIAS

1. Fisberg RM, Villar BS, Colucci ACA, Philippi ST. Alimentação equilibrada na promoção da saúde. In: Cuppari L. Nutrição clínica no adulto. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar. Escola Paulista de Medicina. Barueri: Manole; 2002. p. 47-54.
2. Sá NG. Nutrição e dietética. São Paulo: Nobel; 1983
3. Piragine KO. Aspectos higiênicos e sanitários do preparo da merenda escolar na rede estadual de ensino de Curitiba [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2005.
4. Guyon VQA, Martin L, Neka-Tebeb H, Martinez J, Sagoe-Moses C. Promoção da nutrição e da amamentação. In: Lawn J. Oportunidades para os recém-nascidos em África. WHO; 2006. p.101-12.
5. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac”. Guia básico para implantação do programa alimentação saudável na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. 2ª ed. São Paulo; 2002.
6. Fonseca MJM, Chor DA, Valente JG. Hábitos alimentares entre funcionários de banco estatal: padrão de consumo alimentar. Cad Saúde Pública. 1999;15(1):29-40.
7. Moura AAG, Carvalho EF, Silva NJC. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(6):1661-72
8. Beaglehole R. International trends in coronary heart disease mortality, morbidity and risk factors. Epidemiological Reviews. 1990; 12:1-15.
9. Governo do Estado de São Paulo, Secretaria de agricultura e abastecimento, Coordenadoria de assistência técnica integral. Aproveitamento integral de vegetais. 2 ed. Campinas; 2004.
10. Neumann AICP, Martins IS, Marcopito LF, Araujo EAC. Padrões alimentares associados a fatores de risco para doenças cardiovasculares entre residentes de um município brasileiro. Rev Panam Salud Publica. 2007;22(5):329-39.
11. Neumann AICP. Padrões de consumo alimentar associados a outros fatores de risco predisponentes a doenças cardiovasculares em residentes da área urbana do município de São Paulo [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2005.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília; 2002.
13. Jacobs DR. Whole grain intake and cancer: an expanded review and meta – analysis. Nutrition and Cancer. 1998;30(2):85-96.
14. Centro de Promoção da Saúde do Serviço de Clínica Médica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Roteiro de procedimentos básicos. São Paulo; 2006.
15. Mendonça LGT. Promoção da Saúde: análise do processo de um grupo de reeducação alimentar em um hospital universitário [tese]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia USP; 2005.

16. Campbell MK, Devellis BM, Strecher VJ, Ammerman AS, Devellis RF, Sandler RS. Improving dietary behavior: the effectiveness of tailored messages in primary care settings. *American Journal of Public Health*. 1994;84:783-7.
 17. Sichieri R, Coitinho DC. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. São Paulo. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2000;44(3):227-32
 18. Rodrigues EM, Soares FPTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev Nutr*. 2005;18(1):119-28.
 19. Ministério da Ciência e Tecnologia (BR). Cobertura telefônica no território nacional em 2003: telefonia fixa e móvel. Disponível em: www.mct.gov.br/temas/info/imprensa/noticias_4/telecom.4.htm
 20. Car J, Sheikh A. telephone consultations. *British Medical Journal*. 2003;326:966-9.
 21. Jiwa M, Matheus N. Telephone consultations are routinely used. *British Medical Journal*. 2003;327-45.
 22. Lattimer V, Sassi F, George S, Moore M, Turnbull J, Muller M, et al. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: Evidence from a randomized controlled trial. *Br Med J*. 2000;320:1053-7.
 23. Siegel S. Estatística não paramétrica. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1975.
 24. Coutinho AP, Ribeiro AB, Neuman AICP, Pluciennik AJG, Marcopito LF, Moraes MA et al. Pesquisa: fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria do Estado de Saúde do município de São Paulo. São Paulo; 2002.
 25. Santos IS, Victora CG, Martines JGH, Gigante DP, Valle N J. et al . Avaliação da eficácia do aconselhamento nutricional dentro da estratégia do AIDPI (OMS/ UNICEF). *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5(1):15-29.
 26. Correia R, Raposo V. Experiência da linha SOS SIDA em aconselhamento telefônico. In: IV Congresso virtual de HIV – AIDS – Comunicação: epidemiologia, prevenção e saúde pública. Disponível em: www.aidscongress.net/article.php?comunicacao=2002
- Endereço primeiro autor:**
Eliane Corrêa Chaves
Escola Enfermagem USP
Avenida Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César
CEP: 05403-000 - São Paulo - SP - Brasil
E-mail: eccsp@yahoo.com
- Endereço para correspondência:**
Silvia Maria Ribeiro Oyama
Alameda das Araras, 343
CEP: 07600-000 - Mairiporã - SP - Brasil
E-mail: silviaoyama@yahoo.com.br