



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**AVALIAÇÃO DE GRUPO DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL PARA  
MULHERES COM EXCESSO DE PESO**

Andreia Neves Duarte

Brasília, dezembro de 2012



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**AVALIAÇÃO DE GRUPO DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL PARA  
MULHERES COM EXCESSO DE PESO**

Andreia Neves Duarte

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dra. Elizabeth Queiroz

Brasília, dezembro de 2012

Duarte, Andreia Neves.  
D812a Avaliação de grupo de educação nutricional para mulheres  
com excesso de peso / Andreia Neves Duarte. -- 2012.  
xii, 147 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,  
Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação  
em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2012

Inclui bibliografia.

Orientação: Elizabeth Queiroz.

1. Mulheres - Saúde e higiene. 2. Obesidade. 3. Hábitos  
alimentares. 4. Psicologia clínica da saúde. I. Queiroz,  
Elizabeth. II. Título.

CDU 616-056.52-055.2



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

BANCA EXAMINADORA:

Prof.<sup>a</sup> Dra. Elizabeth Queiroz – Presidente  
Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento/Universidade de Brasília

Prof.<sup>a</sup> Dra. Kenia Mara Baiocchi de Carvalho - Membro  
Departamento de Nutrição/Universidade de Brasília

Prof.<sup>a</sup> Dra. Eliane Maria Fleury Seidl - Membro  
Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento /Universidade de Brasília

Prof.<sup>a</sup> Dra. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo – Suplente  
Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento /Universidade de Brasília

Brasília, dezembro de 2012

Dedico este trabalho à minha família, que sempre me apoiou incondicionalmente na busca dos meus sonhos.

## AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida e pelas oportunidades.

À minha querida orientadora, Professora Elizabeth Queiroz, pelo carinho e disponibilidade ao longo dessa jornada, além dos ensinamentos e discussões valiosas. Serei, para sempre, grata pelo seu voto de confiança.

Às Professoras Eliane Maria Fleury Seidl e Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo pelos ensinamentos, importantes contribuições no projeto, acolhimento e apoio nesta trajetória.

À Professora Kenia Mara Baiocchi de Carvalho, por aceitar participar deste trabalho, disponibilizando seu tempo para aperfeiçoamento e conclusão do mesmo.

À minha chefe, Ana Paula Faita pelo apoio na viabilização e execução do projeto, bem como na continuidade de suas atividades, atualmente.

Às hermanas Clarissa Vaz Dias, Fernanda de Carvalho Braga, Graciana Sulino Assunção, Nadielle de Paula Moura Lira e Mariana Guedes pelo companheirismo, acolhimento e amizade.

Aos meus pais, Claudio e Berenice, pelo amor, incentivo e apoio em todas as etapas da minha vida.

Ao meu marido, Caetano Banê, pela cumplicidade e carinho diários, que tornaram esse percurso leve e prazeroso.

À minha irmã Juliana e minha sobrinha Rafaela, pela importância que têm na minha vida e por estarem sempre ao meu lado, me proporcionando momentos de alegria.

À minha grande amiga Ana Clara Manhães Mendes, pela amizade de sempre e apoio na elaboração do projeto.

À minha amiga Renata Giraldi, pelos sábios conselhos acadêmicos e pessoais.

À nutricionista Patrícia Costa Bezerra pela revisão do projeto.

À nutricionista Carla Tavares Sarmento, pela inspiração e incentivo.

À psicóloga Adriana Moretzsohn Andrade pelo suporte emocional.

À todas as mulheres do grupo, pela forma carinhosa que participaram do projeto, possibilitando a realização desse trabalho.

À equipe do núcleo de nutrição e dietética do hospital pelo apoio na execução do projeto.

Às auxiliares de pesquisa Stefany Correa Lima e Luana Barros pela ajuda, pelas discussões e responsabilidade com que conduziram o trabalho. Ao Thomaz pela disponibilidade e ajuda com a formatação das entrevistas.

À todos que, direta ou indiretamente contribuíram para conclusão desse trabalho.

## RESUMO

O crescimento do excesso de peso na população aponta para a necessidade de criação de estratégias efetivas para a incorporação de hábitos alimentares saudáveis. Nesse sentido, propõem-se abordagens educativas pautadas no modelo biopsicossocial de atenção à saúde, que permitem o enfoque dos problemas alimentares em sua complexidade e envolvem os pacientes como sujeitos ativos do processo. Dentre eles, destaca-se o modelo cognitivo, que vem se mostrando efetivo em programas de mudanças de hábitos de vida. Assim, o objetivo geral desse projeto foi propor e avaliar um programa de educação nutricional baseado no modelo cognitivo como estratégia para adoção de hábitos alimentares saudáveis e redução do peso e do risco cardiovascular em mulheres com sobrepeso e obesidade. Para tanto, realizou-se um estudo quase-experimental com metodologia quali-quantitativa, do qual participaram 39 mulheres adultas com excesso de peso atendidas na rede pública de saúde do Distrito Federal, que foram alocadas em dois grupos: um de atendimento coletivo (Grupo Experimental – n=23) e outro individual (Grupo Controle – n=16). O Grupo Experimental participou do programa de educação nutricional coletivo composto por 13 encontros semanais pautado no modelo cognitivo e o Grupo Controle recebeu acompanhamento nutricional individual tradicional, conforme os procedimentos já padronizados pelo serviço onde o estudo foi realizado. A pesquisa teve duração de três meses. Dados antropométricos, bioquímicos e de pressão arterial foram comparados entre os grupos e dificuldades referentes ao processo de emagrecimento foram investigadas através de uma entrevista aberta. Ao final, verificou-se que a amostra estudada apresentou redução no consumo energético, de carboidratos e fibras, e concomitante aumento na ingestão proteica. O Grupo Controle apresentou uma perda média de peso de 900g e redução média na circunferência abdominal de 1,15cm, enquanto que no Grupo Experimental as participantes perderam uma média de 2,03kg e 3,48cm de circunferência abdominal. A comparação entre os grupos apresentou valores não significativos ( $p=0,1827$  e  $p=0,0603$ , respectivamente). Os dados bioquímicos (glicose em jejum e lipídios séricos) e de pressão arterial, também não diferiram significativamente entre os grupos ao final do programa. As principais dificuldades relatadas em relação ao processo de emagrecimento estavam relacionadas ao planejamento alimentar, velocidade de realização das refeições, alimentação noturna e fracionamento da dieta, bem como à dificuldade de manter a dieta em situações não rotineiras e compromissos sociais e lidar com as “tentações” alimentares. Os principais fatores citados como facilitadores do emagrecimento foram: a realização de dietas não radicais e viáveis, flexibilidade de cognições dicotômicas, dieta variada, estabelecimento de metas realistas, apoio social, possibilidade de troca de experiências e educação nutricional. Na perspectiva das participantes, o programa foi avaliado como relevante, especialmente no que diz respeito à tomada de consciência para a mudança. Conclui-se que apesar da comparação das variáveis objetivas entre os grupos não ter se apresentado significativa, a análise das entrevistas mostrou que o programa auxiliou em mudanças na alimentação no aspecto qualitativo e quantitativo, bem como atingiu seu objetivo de conscientizar as participantes da importância de mudanças mais amplas no estilo de vida para perda de peso e manutenção da saúde.

**Palavras-chave:** obesidade, emagrecimento, educação nutricional, modelo cognitivo, avaliação em saúde.



## ABSTRACT

The increase of overweight in population indicates a need to develop strategies that are effective in incorporating healthy eating habits. Thus, it is proposed educational strategies grounded in a biopsychosocial approach on health attention, addressing diet issues in their entirety by involving patients as active member in the process. Within this approach, the cognitive model is highlighted as effective in programs that work towards changes in lifestyle. Hence, the overall goal of this project was to propose and evaluate a nutritional education program based on the cognitive model as a strategy to adopt healthy eating habits, as well as weight and cardiovascular risk reduction in women that are overweight and obese. For this purpose, we conducted a quasi-experimental study with qualitative and quantitative methodology, which involved 39 overweight adult women care in public health in the Federal District, which were allocated into two groups: a attendee (Experimental – n=23) and an individual (Control – n=16). The experimental group participated in a collective nutritional education program consisting of 13 weekly meetings and the control group received individual nutritional counseling, as standardized procedures of the service where the study was conducted. The study lasted during three months. Anthropometric, biochemical and blood pressure were compared between the groups and the difficulties regarding the weight loss process were investigated through an open interview. In the end, it was found that the sample studied had reduced energy consumption, carbohydrate and fiber, and concomitant increase in protein intake. The control group showed a mean weight loss of 900g and an average reduction in waist circumference of 1.15 cm, while the experimental group participants lost an average of 2.03 kg and 3.48 cm in waist circumference. The comparison between groups showed no significant values ( $p = 0.1827$  and  $p = 0.0603$ , respectively). Biochemical data (fasting glucose and serum lipids) and blood pressure did not differ significantly between groups at the end of the program. The main difficulties reported by participants in regards to weight loss were related to diet plans, time consumed in meals, night treats and meal frequency, as well as the difficulty of sticking with the diet in non-routine situations and social commitments and dealing with temptations food. The main facilitating factors of weight loss were: non radical diets and feasible nourishments, demystification of forbidden foods, diets with food substitution possibilities, setting realistic goals, social support, possibility of exchanging experiences amongst patients and nutritional education. From the participants' perspective, the program was evaluated as relevant, especially regarding awareness towards change. We conclude that despite the comparison between groups being non significantly based on objective criteria, the analysis of the interviews showed that the program helped dietary changes in qualitative and quantitative aspects, and reached its goal to educate participants as to the importance of broader changes in lifestyle in order to loss weight and maintain health.

**Keywords:** obesity, weight loss, nutrition education, cognitive model, health evaluation.

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>V</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>VIII</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>IX</b>
<b>SUMÁRIO.....</b>	<b>X</b>
<b>LISTA DE FIGURAS E TABELAS .....</b>	<b>XII</b>
<b>LISTA DE SIGLAS .....</b>	<b>XIII</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1 - OBESIDADE E DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 - Obesidade: definição e aspectos epidemiológicos .....</b>	<b>5</b>
<b>1.2 - Obesidade, padrão alimentar e doenças cardiovasculares.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3 – Indicadores biológicos da obesidade e doenças cardiovasculares.....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 2- OBESIDADE E COMPORTAMENTO ALIMENTAR.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 - Hábitos alimentares e obesidade .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 - Instrumentos utilizados para determinação dos hábitos alimentares... </b>	<b>19</b>
<b>2.3 O tratamento dietético da obesidade e o aconselhamento nutricional ..</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO 3 - CONTRIBUIÇÕES DO MODELO BIOPSIKOSSOCIAL PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E ADESÃO AO TRATAMENTO NO CONTEXTO DA OBESIDADE.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 - Adesão ao tratamento: aspectos conceituais .....</b>	<b>25</b>
<b>3.2 – Aspectos relacionados a adesão ao tratamento na obesidade.....</b>	<b>27</b>
<b>3.3 – Modelo biomédico x modelo biopsicosocial na adesão ao tratamento da obesidade .....</b>	<b>31</b>
<b>3.4 – O grupo em programas de educação em saúde .....</b>	<b>34</b>
<b>CAPÍTULO 4 - O MODELO COGNITIVO NO TRATAMENTO DA OBESIDADE.....</b>	<b>36</b>
<b>4.1 - O modelo cognitivo: evolução histórica e bases teóricas .....</b>	<b>36</b>
<b>4.2 - O modelo cognitivo no tratamento da obesidade .....</b>	<b>37</b>
<b>4.2.1 - Intervenções baseadas no modelo cognitivo para perda de peso na obesidade.....</b>	<b>38</b>
<b>4.2.2 - O Programa Pense Magro .....</b>	<b>44</b>
<b>CAPÍTULO 5 – OBJETIVOS.....</b>	<b>47</b>

5.1 – Objetivo geral .....	47
5.2 – Objetivos específicos .....	47
<b>CAPÍTULO 6 – MÉTODO.....</b>	<b>48</b>
6.1 - Tipo de estudo .....	48
6.2 - Local do estudo .....	48
6.3 - Participantes .....	49
6.3.1 – Critérios de inclusão e exclusão .....	50
6.4 - Instrumentos de pesquisa.....	50
6.5 - Procedimentos para coleta de dados .....	52
6.6. - O Programa de Educação Nutricional .....	53
6.7 – Aspectos Éticos .....	59
6.8 - Análise dos dados .....	59
<b>CAPÍTULO 7- RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>60</b>
7.1 – Caracterização da amostra .....	60
7.1.1 – Perfil sociodemográfico do GE .....	60
7.1.2 – Perfil antropométrico e metabólico das participantes .....	62
7.2 – Perfil das práticas alimentares .....	66
7.2.1 – Questionário de Frequência Alimentar .....	66
7.2.2 – Recordatório Alimentar de 24h .....	69
7.2.3 – Registros Alimentares .....	71
7.3 - Avaliação da efetividade do programa.....	72
7.4 - Fatores relacionados à perda de peso e à mudança de hábitos alimentares.....	75
7.4.1 – Fatores que facilitam a perda de peso e mudanças de hábitos .....	76
7.4.2 - Fatores que dificultam a perda de peso e mudanças de hábitos .....	82
7.5 – Avaliação do programa .....	86
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>91</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>106</b>

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1. - Evolução de indicadores nutricionais na população com 20 anos ou mais de idade.....	6
Figura 2. - Pirâmide Alimentar Adaptada para população brasileira.....	23
Tabela 1 - Classificação do estado nutricional segundo o IMC .....	5
Tabela 2 - Valores de Referência de Pressão Arterial .....	10
Tabela 3 - Classificação Bioquímica das Dislipidemias.....	11
Tabela 4 - Valores de Glicose Plasmática para Diagnóstico de Diabetes Mellitus e seus Estágios Pré-Clínicos .....	11
Tabela 5 – Escolaridade, atividade profissional e renda familiar mensal das participantes.....	61
Tabela 6 - Médias de medidas bioquímicas e antropométricas dos grupos antes da intervenção.....	62
Tabela 7 - Classificação do IMC Inicial das Participantes.....	63
Tabela 8 - Classificação da PA Inicial das Participantes.....	64
Tabela 9 - Classificação do Perfil Lipídico Inicial das Participantes.....	65
Tabela 10 - Classificação do Perfil Glicêmico em Jejum Inicial das Participantes.....	65
Tabela 11 - Adequação dos resultados obtidos no Questionário de Frequência Alimentar em relação às recomendações do Guia Alimentar da População Brasileira.....	67
Tabela 12 - Comparação dos Valores Médios Obtidos no Recordatório 24h Antes e Após a Intervenção.....	70
Tabela 13 - Valor Calórico, Porcentagem de Macronutrientes e Fibras dos Registros Alimentares no Momento Inicial da Pesquisa.....	72
Tabela 14 - Comparações inter e intra grupos para medidas antropométricas e bioquímicas.....	73
Tabela 15 - Fatores que facilitam a perda de peso e as mudanças de hábitos alimentares.....	76
Tabela 16 - Fatores que dificultam a perda de peso e as mudanças de hábitos alimentares.....	82
Tabela 17 - Avaliação do Programa pelas Participantes.....	87

**LISTA DE SIGLAS:**

CT	Colesterol Total
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
Fepecs	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
GC	Grupo Controle
GE	Grupo Experimental
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL-C	<i>Hight Density Lipoprotein</i> (lipoproteína de alta densidade)
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL-C	<i>Low Density Lipoprotein</i> (lipoproteína de baixa densidade)
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PG-PDS	Programa de Pós Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde
PR	Prevenção de Recaídas
SES-DF	Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal
TC	Terapia Cognitiva
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TG	Triglicerídios
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico
WHO	<i>World Health Organization</i>

## INTRODUÇÃO

O momento das transições epidemiológica, demográfica e nutricional pelo qual passa o Brasil aponta para um crescimento progressivo do excesso de peso (sobrepeso e obesidade) na população. Os dados divulgados na última Pesquisa de Orçamentos Familiares do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostraram um aumento contínuo de sobrepeso e obesidade nos últimos 35 anos, em todas as faixas etárias. Na população adulta o excesso de peso alcançou 50,1% dos homens e 48,0% das mulheres (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

Considerando a importância da alimentação saudável para reversão desse quadro, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a elaboração de estratégias na área de educação nutricional que contemplem as questões alimentares em sua complexidade biológica, cultural e social, e que envolvam os educandos como sujeitos ativos do processo (Organização Pan-americana da Saúde, 1986). Tal perspectiva torna-se um desafio para a prática uma vez que a formação atual não incorpora totalmente os fundamentos do modelo biopsicossocial de atenção à saúde. Assim, apesar dos avanços científicos e tecnológicos, os profissionais de saúde apresentam dificuldades em lidar com o problema da obesidade, pois o aconselhamento nutricional convencional prioriza a transmissão de informações uniformizadas, o que em geral, é ineficaz para motivar mudanças mais significativas nos hábitos alimentares.

Em minha experiência profissional como nutricionista da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), o interesse pelo tema da atual pesquisa surgiu a partir do insucesso com os resultados obtidos no tratamento da obesidade na prática clínica, e na dificuldade de encontrar ferramentas de como auxiliar os pacientes na adesão ao tratamento. No atendimento às pessoas com excesso de peso, pude constatar a necessidade de aprofundamento do conhecimento de estratégias que contemplassem a alimentação, não apenas em sua abordagem biológica, mas também em seus aspectos psicológicos e socioculturais.

Adicionalmente, minha experiência como docente do curso de graduação em Nutrição despertou o interesse de aliar importantes aspectos teóricos relacionados à promoção da saúde e ao modelo biopsicossocial de atenção à saúde com a elaboração e avaliação de estratégias de operacionalização de tais princípios no atendimento nutricional da atenção básica.

Tais reflexões me incentivaram a tentar o ingresso no mestrado no Programa de Pós Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde (PG-PDS) na Universidade de Brasília, com intuito de estudar com maior profundidade aspectos relacionados a determinantes do comportamento alimentar, adesão ao tratamento e modelos de educação em saúde, admitindo os aspectos biológicos, não como foco principal de estudo, mas como um meio de avaliação da efetividade das ações mais amplas e integrais adotadas.

Considerando que na área de saúde a teoria e a prática ainda se encontram, muitas vezes, separadas, a proposta da atual pesquisa foi elaborar um programa de emagrecimento e alimentação saudável para pessoas com excesso de peso e comorbidades associadas, pautada no modelo biopsicossocial de atenção à saúde. Assim, a presente dissertação trata da avaliação de um programa de educação nutricional associado ao modelo cognitivo como estratégia para adoção de hábitos alimentares saudáveis e consequente redução do peso e do risco cardiovascular em mulheres com sobrepeso e obesidade.

O modelo cognitivo foi escolhido como pressuposto teórico por ser uma abordagem que a literatura aponta como efetiva em programas de mudanças de hábitos de vida, com destaque para o estudo de aspectos de caráter biopsicossociais que ajudam na compreensão dos comportamentos de saúde. Esse modelo, por ser empiricamente colaborativo, privilegia a autonomia do paciente e estimula decisões compartilhadas em relação à saúde.

Adicionalmente, o programa incorpora a concepção de integralidade, como descrita por Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira e Barroso (2007) percebendo o usuário do sistema de saúde como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Nesse cenário se evidencia a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno.

A escolha da amostragem feminina ocorreu a partir da constatação de que grande parte da clientela atendida pela pesquisadora no ambulatório de nutrição da SES-DF era de mulheres com excesso de peso. De janeiro a maio de 2011, no ambulatório citado, foram atendidos 79 pacientes classificados quanto à faixa etária da seguinte forma: 48,8% mulheres adultas; 11,3% homens adultos; 21,3% adolescentes; 11,3% crianças e 7,5% idosos. Dessa clientela, um total de 39% eram mulheres, adultas, com sobrepeso ou obesidade, o que reforçou a necessidade de uma abordagem mais específica para esse

público. Adicionalmente, acredita-se que a modificação do padrão alimentar da mulher pode auxiliar em mudanças na rotina alimentar familiar, uma vez que em muitas famílias, é a mulher que determina o que se come em casa (Braga, 2004; Garcia, 1997).

Dessa forma, o programa desenvolvido nesta dissertação foi elaborado com o intuito de viabilizar a prática de importantes pressupostos relacionados à promoção da saúde como a integralidade, a sustentabilidade e as ações multiestratégicas, com os princípios do modelo biopsicossocial de atenção à saúde, associando-os com as recomendações do Ministério da Saúde para alimentação saudável, em consonância com a Política de Alimentação e Nutrição do país.

Para tanto, foi proposta a elaboração do programa através de estratégias variadas de educação nutricional, associadas a atividades baseadas no modelo cognitivo, especificamente, no plano estabelecido por Beck (2009). Tais atividades trabalham com o desenvolvimento de princípios importantes para a modificação de comportamento e mantêm a motivação através do automonitoramento, o que em longo prazo representa uma importante ferramenta para manutenção do peso.

A pesquisa foi desenvolvida no ambulatório de nutrição de um Hospital Regional da SES-DF, onde a pesquisadora atua como nutricionista. No aspecto acadêmico, o projeto representa a tentativa de elaborar e realizar um programa para modificação de hábitos alimentares com os principais pressupostos da promoção à saúde e do modelo biopsicossocial com o uso de técnicas do referencial cognitivo que têm se mostrado efetivas, com importantes implicações para o desenvolvimento de programas de educação em saúde.

Do ponto de vista da contribuição social do projeto, trata-se de um programa de educação nutricional que reúne diferentes instrumentos para promoção à saúde, tratamento e prevenção de doenças que visam colaborar com a melhora do atual cenário epidemiológico e nutricional de alta prevalência de excesso de peso e doenças cardiovasculares na população. Adicionalmente, a perspectiva de avaliação de um serviço de saúde desenvolvida nessa pesquisa visa auxiliar na elaboração de programas que possam melhorar a qualidade da atenção prestada.

Sobre a perspectiva profissional, trata-se de uma estratégia com operacionalização viável na atenção primária, que contribui no processo de promoção a saúde, tratamento e prevenção de doenças. E, no aspecto pessoal, a elaboração e execução do atual projeto possibilita a apropriação de um referencial teórico e prático mais amplo, focado no modelo



cognitivo e na integralidade da atenção, o que pode possibilitar ações, de fato, transformadoras.

Frente ao exposto, a presente dissertação foi organizada em oito capítulos. O primeiro aborda o quadro epidemiológico da obesidade, destacando suas consequências e expondo os principais marcadores nutricionais e biológicos para identificação de doenças cardiovasculares. O segundo capítulo discute questões relacionadas ao comportamento alimentar e apresenta os instrumentos para determinação dos hábitos alimentares. O terceiro capítulo trata da adesão ao tratamento e as contribuições do modelo biopsicossocial para esse processo. O quarto capítulo expõe as bases teóricas e metodológicas do modelo cognitivo, bem como estudos empíricos baseados nesse modelo. O quinto capítulo expõe os objetivos do estudo. O sexto capítulo apresenta o delineamento, local e metodologia da pesquisa de campo e análise dos dados. Os resultados e discussão são expostos no sétimo capítulo e por fim, são apresentadas as considerações finais ressaltando as limitações, desafios e contribuições do programa desenvolvido. As referências bibliográficas estão apresentadas de acordo com as normas da *American Psychological Association* (APA), 6ª edição. Nos anexos são disponibilizados materiais e instrumentos utilizados na execução do projeto.

## CAPÍTULO 1

### OBESIDADE E DOENÇAS CARDIOVASCULARES

O presente capítulo apresenta a definição de obesidade, o quadro epidemiológico nacional e a correlação do excesso de peso com as mudanças dos hábitos alimentares que vêm ocorrendo nas últimas décadas, no Brasil e no mundo. Adicionalmente, são expostas as consequências da obesidade e do atual padrão alimentar para a saúde cardiovascular e apresentados os principais marcadores nutricionais e biológicos para identificação de quadros cardiovasculares, com ênfase na hipertensão, diabetes e dislipidemias.

#### 1.1 Obesidade: definição e aspectos epidemiológicos

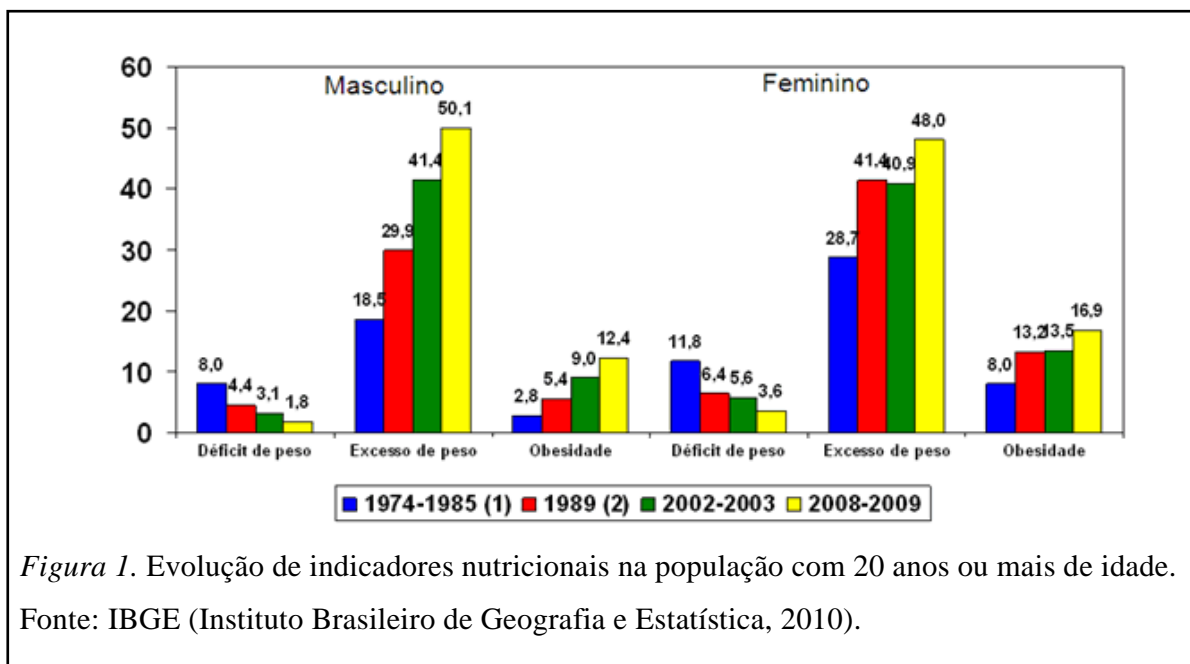
A obesidade é uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no tecido adiposo que acarreta repercussões para a saúde física e emocional, bem como redução da expectativa de vida (World Health Organization, 1998). A OMS adota o Índice de Massa Corporal (IMC), definido pelo peso em quilos (Kg) dividido pela altura em metros ao quadrado ( $m^2$ ), para avaliação do excesso de peso. Independente de sexo e idade, adultos com IMC igual ou superior a  $25\text{kg}/m^2$  são classificados com sobrepeso e aqueles com IMC igual ou superior a  $30\text{kg}/m^2$  com obesidade, de acordo com a Tabela 1:

Tabela 1  
*Classificação do Estado Nutricional segundo o IMC*

Classificação	IMC ( $\text{Kg}/m^2$ )
Baixo peso	$\leq 18,5$
Eutrofia	18,5 a 24,9
Sobrepeso	25 a 29,9
Obesidade grau 1	30 a 34,9
Obesidade grau 2	35 a 39,9
Obesidade grau 3	$\geq 40$

*Nota.* Retirado de World Health Organization (1998).

Nas últimas décadas, o cenário epidemiológico brasileiro vem apontando para uma transição nutricional, caracterizada pela redução dos casos de baixo peso e desnutrição e pelo crescimento progressivo do excesso de peso (definido como os casos de sobrepeso somados aos casos de obesidade) na população. A última Pesquisa de Orçamentos Familiares (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010) evidenciou esse cenário na população adulta, conforme mostra a Figura 1.



Nesse contexto, é importante considerar que diferentes variáveis também podem influenciar nas prevalências de sobrepeso e obesidade. A pesquisa mencionada mostrou que o aumento do excesso de peso ocorreu em todas as faixas de renda, porém com crescimento especialmente preocupante naquelas pessoas do sexo feminino, com menor renda mensal (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). Em relação ao nível de escolaridade e excesso de peso, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel mostrou diferença entre homens e mulheres: no sexo masculino, a maior frequência de excesso de peso é observada no estrato de maior escolaridade enquanto no sexo feminino a relação é inversa, o excesso de peso diminui com a escolaridade: 52,5% no estrato de menor escolaridade e 35,3% no estrato de maior escolaridade (Brasil, 2011).

Assim, é possível observar que fatores demográficos como sexo, idade, escolaridade e renda influenciam na ocorrência do excesso de peso. No entanto, ressalta-se que outros fatores tais como hereditariedade, hábitos alimentares, atividade física e estilo de vida também participam na etiologia da obesidade. A próxima seção do texto aborda esses fatores.

## 1.2 Obesidade, padrão alimentar e doenças cardiovasculares

Os determinantes do excesso de peso compõem um complexo conjunto de fatores biológicos, comportamentais e ambientais que estão relacionados entre si e se potencializam mutuamente (World Health Organization, 1998). Stunkart (2000) citado por Pinheiro, Freitas, e Corso (2004) afirma que a hereditariedade é responsável por

aproximadamente 33% na variação do IMC, e que, portanto o ambiente determinaria os 66% restantes. Nesse sentido, Pinheiro et al. (2004) alegam que mesmo que a obesidade evolua dentro das restrições genéticas, os determinantes ambientais desempenham um papel predominante no desenvolvimento dessa doença.

Esses dados são reforçados pela *World Health Organization & Food and Agriculture Organization of the United Nations* (2003), que apontam que enquanto a idade, o sexo e susceptibilidade genética são fatores não modificáveis, muitos dos riscos associados ao excesso de peso são modificáveis. Esses riscos incluem os fatores comportamentais (como a dieta, inatividade física, tabagismo e consumo de álcool); os fatores biológicos (como dislipidemias, hipertensão, excesso de peso, hiperinsulinemia) e os fatores sociais, que envolvem um conjunto complexo de parâmetros socioeconômicos, culturais e ambientais que interagem entre si. Nesse sentido, Enes e Slater (2010) destacam que embora as causas da obesidade sejam de cunho multifatorial, as mudanças ambientais constituem os principais fatores propulsores para o aumento da obesidade, na medida em que estimulam o consumo excessivo de energia combinado a um gasto energético reduzido.

O Ministério da Saúde assinala que o aumento da prevalência do excesso de peso na população deve-se à urbanização e à globalização. Ambas resultaram em mudanças substanciais na alimentação, com a crescente oferta de alimentos industrializados (muito ricos em gorduras, açúcares e sódio), facilidade de acesso a alimentos caloricamente densos e baratos - o que afeta, em especial, as famílias de baixa renda - e redução generalizada da atividade física (Brasil, 2008). Pesquisas populacionais ainda evidenciam a redução do consumo de alimentos mais saudáveis tradicionais da dieta do brasileiro, como o arroz e o feijão além da redução do consumo de frutas e verduras no país (Brasil, 2008; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010)

Segundo estimativas da OMS, o baixo consumo de frutas e hortaliças é responsável anualmente por 31% das doenças isquêmicas do coração e 11% das doenças cerebrovasculares ocorridos em todo o mundo. Ainda segundo a OMS, as dislipidemias, causadas majoritariamente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal, determinam anualmente 4,4 milhões de mortes, sendo responsáveis por 18% das doenças cerebrovasculares e 56% das doenças isquêmicas do coração (World Health Organization & Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2003).

Considerando as evidências científicas que associam características do padrão alimentar ao estado de saúde do indivíduo, a OMS recomenda a ingestão diária de pelo

menos 400 gramas de frutas e hortaliças, o que seria equivalente, aproximadamente, ao consumo diário de cinco porções desses alimentos (World Health Organization & Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2003). A OMS também estabeleceu limites diários máximos para o consumo de gorduras (30% do consumo calórico total), ácidos graxos saturados (10% do consumo calórico total), açúcar (10% do consumo calórico total), colesterol (300 mg) e sal (6 g), e estimula o consumo de carboidratos complexos (mínimo de 50% do consumo calórico total) e de legumes, verduras e frutas (400 g por dia ou cerca de 7% do consumo calórico total) (World Health Organization & Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2003).

No Brasil, o Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2005) recomenda a ingestão de pelo menos uma porção diária de feijão ou outra leguminosa (ervilha seca, grão-de-bico, lentilha, soja) pelo alto teor em fibras e ferro encontrado nesses alimentos, além de sua relativa baixa densidade energética (uma porção de feijão corresponde a aproximadamente 5% das calorias diárias) desde que evitadas preparações com alto teor de gordura. A combinação de uma parte de feijão para duas de arroz, típica da culinária brasileira, assegura proteínas de alta qualidade na dieta (Brasil, 2005).

Até meados do século XX, a alimentação habitual do brasileiro consistia basicamente de cereais, leguminosas e tubérculos combinados a pequenas quantidades de alimentos de origem animal, naturalmente ricos em gorduras saturadas. Entretanto, nas últimas três décadas, o padrão da alimentação da população brasileira vem sofrendo grandes modificações, caracterizadas por diminuição dos alimentos básicos e pelo aumento do consumo de carnes e leite e derivados e de alimentos industrializados ricos em gordura, açúcar e sal (Brasil, 2006).

Esses dados foram recentemente evidenciados pela Vigitel (Brasil, 2011), pesquisa efetuada nas 27 capitais brasileiras, que apontou uma piora qualitativa do padrão alimentar brasileiro. Essa pesquisa mostrou que a frequência de adultos que consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana (denominado consumo regular de frutas e hortaliças) foi de apenas 29,9%, sendo menor em homens (24,7%) do que em mulheres (34,4%). Em ambos os sexos, o consumo regular de frutas e hortaliças aumentou com a idade e com o nível da escolaridade dos indivíduos.

A frequência de adultos que referiram o hábito de consumir carne vermelha gordurosa ou frango com pele, sem remover a gordura visível desses alimentos, (denominado consumo de carnes com excesso de gordura) foi de cerca de um terço (34,2%) das pessoas, sendo essa condição quase duas vezes mais frequente em homens

(45,5%) do que em mulheres (24,5%). Em ambos os sexos, a frequência do consumo de carnes com excesso de gordura foi maior em pessoas mais jovens e em pessoas com menor escolaridade (Brasil, 2011).

O consumo de leite com teor integral de gordura se mostrou elevado em todas as cidades estudadas. Em ambos os sexos, a frequência dessa condição tendeu a diminuir com a idade e foi menor em pessoas com maior escolaridade. Ainda assim, a frequência do consumo de leite com teor integral de gordura foi superior a 40% em todos os estratos considerados (Brasil, 2011).

O consumo de refrigerantes (aí incluídos os sucos artificiais) em pelo menos um dia da semana atingiu 77% da população estudada. Nos dois sexos, o consumo regular de refrigerantes é muito frequente na faixa etária entre 18 e 24 anos. Entre homens e mulheres, a frequência do consumo regular de refrigerantes pouco se alterou com a escolaridade (Brasil, 2011).

A frequência do consumo regular de feijão (definido como o consumo em cinco ou mais dias da semana) foi de 66,7%, sendo mais frequente entre homens (72,2%) do que entre mulheres (62,0%). Nos dois sexos, o consumo regular de feijão mostra ser pouco influenciado pela idade. Entre homens e mulheres, essa frequência diminuiu com a escolaridade, ainda assim alcançando pelo menos cerca de metade dos indivíduos mesmo no estrato de escolaridade superior (Brasil, 2011).

Esses resultados apontam tendências desfavoráveis do padrão alimentar, uma vez que esse padrão é um importante condicionante da morbimortalidade por doenças crônicas ao longo de todas as fases do ciclo de vida (World Health Organization & Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2003), sobretudo do ponto de vista da obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares que estão associadas a dietas com alta densidade energética, escassez de fibras e micronutrientes e excesso de gorduras saturadas (World Health Organization, 1998).

### **1.3 Indicadores biológicos da obesidade e doenças cardiovasculares**

Na área de saúde, a maior preocupação com a alimentação inadequada e o excesso de peso diz respeito ao aumento do risco de doenças cardiovasculares na população. Hubert, Feinleib, McNamara e Casteli (1983) mostraram no estudo de Framingham que a obesidade é um fator de risco independente dos demais para a ocorrência de doença isquêmica coronariana. O excesso de peso também se associa com maior prevalência de condições que favorecem o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV)

(Garrison, Higgins, & Kannel, 1996), hipertensão arterial sistêmica (HAS) (Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, & Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010), dislipidemias (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2001) e diabetes (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007).

As DCV representam a principal causa de morte e de incapacidade em países desenvolvidos e em alguns países em desenvolvimento. No mundo desenvolvido, aproximadamente 49% dos óbitos são devidos às DCV. Nos países em desenvolvimento, estima-se que, em 2020, um terço (34%) de todos os óbitos serão devidos a esses agravos (World Health Organization, 2002).

Em uma revisão sistemática da literatura, Lenz, Richter, e Mühlhauser (2009) revelaram que o risco de desenvolvimento de uma doença coronariana é aumentado em cerca de 20% em indivíduos com sobrepeso e em cerca de 50% em obesos. A revisão apontou que tanto o sobrepeso quanto a obesidade estão associados com riscos aumentados de desenvolvimento de fibrilação atrial. Os autores encontraram ainda que, na obesidade, a mortalidade por DCV é cerca de 50% maior em mulheres e 60% em homens, enquanto que na obesidade mórbida ( $IMC \geq 40\text{kg/m}^2$ ) o risco aumenta em 200% a 300%.

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens, e na vida adulta o incremento de  $2,4\text{ kg/m}^2$  no IMC acarreta maior risco de desenvolvimento de hipertensão (Sociedade Brasileira de Cardiologia, et al., 2010). A HAS é diagnosticada a partir de valores de PA sistólica  $\geq 140\text{ mmHg}$  e/ou de PA diastólica  $\geq 90\text{ mmHg}$  em medidas de consultório, conforme a Tabela 2.

Tabela 2  
*Valores de Referência de Pressão Arterial*

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	$\geq 180$	$\geq 110$
Hipertensão sistólica isolada	$\geq 140$	< 90

*Nota.* Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial. Retirado de Sociedade Brasileira de Cardiologia et al. (2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007), o perfil lipídico é definido pelas determinações bioquímicas do colesterol total (CT), HDL-colesterol (HDL-C), triglicerídeos (TG) e do LDL-colesterol (LDL-C) após jejum de 12 a 14 horas. A classificação bioquímica das dislipidemias considera os valores do CT, LDL-C, TG e HDL-C e compreende quatro tipos, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3  
*Classificação Bioquímica das Dislipidemias*

Classificação	Características	Valor de referência
Hipercolesterolemia isolada	Elevação isolada do LDL-C	LDL-C $\geq$ 160 mg/dL
Hipertrigliceridemia isolada	Elevação isolada dos TG	TG >150 mg/dL
Hiperlipidemia mista	Valores aumentados de LDL-C e TG	LDL-C $\geq$ 160 mg/dL e TG $\geq$ 150 mg/dL
HDL-C baixo	Redução do HDL-C isolada ou em associação com aumento de LDL-C ou de TG	Homens: HDL-C <40 mg/dL e mulheres HDL-C <50 mg/dL

*Nota.* Retirado de Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007).

O Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Entre os seus vários tipos, destaca-se o DM tipo 2, que representa 90%-95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e na secreção da insulina e é diagnosticada conforme as referências da Tabela 4 (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007).

Tabela 4  
*Valores de Glicose Plasmática para Diagnóstico de Diabetes Mellitus e seus Estágios Pré-Clínicos*

Categoria	Jejum*	2h após 75g de glicose	Casual**
Glicemia normal	< 100	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	>100 a < 126	$\geq$ 140 a < 200	
Diabetes mellitus	$\geq$ 126	$\geq$ 200	$\geq$ 200***

\* O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas. \*\* Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem observar o intervalo desde a última refeição.\*\*\* Com os sintomas clássicos de diabetes, que incluem: poliúria, polidipsia e perda não explicada de peso. *Nota.* Retirado de Sociedade Brasileira de Diabetes (2007).



A partir de revisão sistemática da literatura, Lenz et al. (2009) apontaram que o risco de desenvolvimento de DM tipo 2 aumenta em cerca de 20% para cada  $1\text{kg}/\text{m}^2$  de aumento no IMC. Esse estudo mostrou que, comparados a indivíduos de peso normal, o risco não aumenta até o  $\text{IMC} \leq 27,1\text{kg}/\text{m}^2$ , porém, o IMC entre 27,2 e  $29,4\text{kg}/\text{m}^2$  aumenta o risco de desenvolvimento da doença em 100%, enquanto um  $\text{IMC} \geq 29,4\text{kg}/\text{m}^2$  aumenta esse risco em cerca de 300%.

Ressalta-se que o grau do excesso de gordura, sua distribuição corpórea e as consequências para a saúde apresentam variações entre os obesos. A gordura corporal se distribui de forma bastante variada entre os compartimentos corporais em adultos, tanto magros quanto obesos. Isso pode ser explicado, visto que diversos fatores ambientais como ingestão de álcool, tabagismo e obesidade infantil, além de importantes fatores genéticos, têm o poder de influenciar essa distribuição da composição corporal (Jensen, 2008).

O acúmulo de tecido adiposo, especialmente na região abdominal aumenta o risco para dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes tipo 2, apneia do sono, e outros indicadores de risco cardiovascular (Jensen, 2008). Em geral, os indivíduos com obesidade abdominal apresentam dislipidemia, resistência à insulina e hipertensão arterial sistêmica, condições que em conjunto caracterizam a síndrome metabólica (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2001). Essa síndrome está diretamente associada com a doença cardiovascular, aumentando a mortalidade geral em cerca de 1,5 vezes e a cardiovascular em cerca de 2,5 vezes (Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Sociedade Brasileira de Diabetes, & Associação Brasileira para Estudos da Obesidade, 2005).

O tecido adiposo visceral, que se acumula na região abdominal, é cada vez mais reconhecido como um órgão endócrino ativo, que secreta uma série de produtos que fazem parte do sistema imunológico inato (Rasouli & Kern, 2008). Esse tecido é capaz de produzir hormônios atuantes em processos fisiológicos e fisiopatológicos, visto que as proteínas sintetizadas e liberadas pelos adipócitos, denominadas adipocinas, desempenham papéis hormonais importantes na patogênese da resistência à insulina, aterosclerose, hipertensão, além de atuarem em processos inflamatórios agudos e crônicos, elucidando a vasta correlação entre a adiposidade abdominal com o aumento do risco de eventos cardiovasculares (Fonseca-Alaniz, Takada, & Lima, 2006).

Para avaliar o risco cardiovascular advindo do excesso de gordura abdominal tem-se adotado a medida da circunferência abdominal maior que 88 cm para mulheres e maior que 102 cm para homens (Sociedade Brasileira de Hipertensão et al., 2005).

O estudo da etiologia da obesidade e das doenças cardiovasculares permite verificar que tais condições têm origens multifatoriais, que requerem mudanças ambientais e no estilo de vida. Dessa forma, ressalta-se a importância de se conhecer o comportamento alimentar das pessoas com excesso de peso, com intuito de distinguir fatores que contribuem para o ganho de peso e aumento do risco cardiovascular e traçar estratégias que possam ajudar a evitar a adoção de estilos de vida prejudiciais e que auxiliem na manutenção de comportamentos saudáveis.

## CAPÍTULO 2

### OBESIDADE E COMPORTAMENTO ALIMENTAR

O presente capítulo trata de questões relacionadas aos determinantes psicológicos e socioculturais dos hábitos alimentares e da relação entre o comportamento alimentar e o excesso de peso. São apresentados os principais instrumentos dietéticos utilizados para determinação do consumo alimentar e discutido o tratamento dietético da obesidade com apresentação dos principais guias alimentares utilizados no Brasil.

#### **2.1 Hábitos alimentares e obesidade**

Conforme discutido no capítulo anterior, a obesidade é considerada uma doença de etiologia multifatorial, e apesar da influência genética, os aspectos ambientais relacionados ao consumo energético excessivo e a baixa atividade física têm se mostrado como determinantes maiores do problema. Nesse sentido, se enfatiza a importância de conhecer e avaliar os hábitos alimentares e de atividade física de indivíduos com excesso de peso, com o intuito de tornar as medidas associadas ao tratamento do problema mais eficazes.

Os hábitos alimentares de um indivíduo são envolvidos com diversos significados, desde o âmbito cultural até as experiências pessoais. Nas práticas alimentares, que vão dos procedimentos relacionados à preparação do alimento ao seu consumo propriamente dito, a subjetividade veiculada inclui a identidade cultural, a condição social, a religião, a memória familiar e outros aspectos que perpassam por essa experiência diária (Viana, 2002).

Braga (2004) afirma que os hábitos alimentares fazem parte de um sistema cultural repleto de símbolos, significados e classificações, de modo que nenhum alimento está livre das associações culturais que a sociedade lhes atribui. Nesse caminho, essas associações determinam aquilo que se come e o que se bebe em situações específicas, além do que é comestível e o que não o é. A autora afirma que as práticas alimentares revelam a cultura em que cada um está inserido, visto que comidas são associadas a povos em particular:

No Brasil, por exemplo, o arroz e o feijão são traços da identidade nacional, pois são consumidos diariamente, de norte a sul do país, por milhões de brasileiros. No plano regional, há alimentos que funcionam como demarcadores identitários regionais, ou seja, pratos que estão associados à sua região de origem como o churrasco gaúcho, o vatapá e o acarajé baianos, o pão-de-queijo mineiro, entre outros (Braga, 2004).

A alimentação também está relacionada com atividades de lazer. Na década de 1990, Garcia (1997) já enfatizava que o lazer está associado à comida, à bebida e à dança, componentes universais da noção de “festa”. Na sociedade industrial moderna, tais práticas, continuam tendo, para todas as classes sociais, uma conotação de entretenimento e sociabilidade.

Considerando tais prerrogativas, Jomori, Proença, e Calvo (2008) ao realizarem um estudo dos determinantes da escolha alimentar humana em diferentes contextos, identificaram variáveis relacionadas aos alimentos e aos indivíduos. As variáveis relacionadas ao alimento incluem o preço, o sabor, a variedade, o valor nutricional, a aparência e a higiene. As variáveis relacionadas ao indivíduo incluem determinantes biológicos, socioculturais, antropológicos, econômicos e psicológicos. As autoras ressaltam que tais aspectos devem ser estudados a partir de uma perspectiva interdisciplinar entre as Ciências Humanas e as Ciências Nutricionais, com intuito de aprofundar os conhecimentos sobre o comensal humano.

Outro aspecto de destaque a respeito das escolhas alimentares é o papel que a mulher ocupa na definição dos hábitos alimentares da casa e da família. Hoje, mesmo a mulher que trabalha fora de casa continua com a responsabilidade de ser a principal provedora da alimentação da família, com atividades que vão desde a definição do cardápio, incluindo a responsabilidade de adequar os recursos financeiros às necessidades de alimentos, a realização de compras e preparação das refeições (Braga, 2004; Garcia, 1997).

Garcia (1997) declara ainda que a rotina da cidade provocou uma reorganização nos hábitos internos da família. A autora afirma que a distância entre o local de trabalho e a casa, as dificuldades de deslocamento impostas pelo trânsito e o próprio ritmo da cidade, dificultam a execução das refeições no domicílio. Se na década de 1990 esse dado já chamava atenção, nos dias atuais observa-se que o alto consumo de refeições fora do domicílio é frequente em todas as regiões do Brasil, e tem contribuição considerável no aumento da prevalência do excesso de peso (Bezerra & Sichieri, 2010).

Assim, enfatiza-se a importância da compreensão do comportamento e do estilo alimentar, incluindo os aspectos biopsicossociais que lhe estão subjacentes, para definição de estratégias que visem implementar mudanças terapêuticas ou educacionais para a promoção de hábitos alimentares saudáveis (Viana, 2002).

No Brasil, o processo de industrialização e urbanização verificado desde a década de 1950, provocou mudanças expressivas nas práticas alimentares. Ao focalizar a

obesidade pelos aspectos vinculados a alterações na dieta, Mendonça e Anjos (2004) alegam que o aumento da ingestão energética decorre tanto da elevação quantitativa do consumo de alimentos como de mudanças dietéticas caracterizadas pela ingestão de alimentos com maior densidade calórica. Os autores apontam o processo de industrialização dos alimentos como um dos principais responsáveis pelo crescimento energético da dieta da maioria das populações do Ocidente.

Outro processo relacionado à industrialização dos alimentos que tem sido difícil de combater diz respeito ao crescimento das porções. Sichieri e Souza (2008) afirmam que o aumento do tamanho das porções de alimentos com alta densidade energética, característicos das redes de *fast food*, pode ser um fator importante na manutenção da alta ingestão calórica, levando ao consumo excessivo e aumento da prevalência da obesidade na população.

Adicionalmente, o processo de industrialização dos alimentos aumentou o consumo de bebidas adoçadas pela população. Nesse aspecto, Malik et al. (2010) realizaram uma metanálise para avaliar a associação do consumo regular de bebidas adoçadas com o desenvolvimento de excesso de peso e comorbidades associadas. Os autores avaliaram 11 estudos prospectivos que incluiu um total de 310.819 participantes e concluíram que além do ganho de peso, o maior consumo de bebidas adoçadas está associado com o desenvolvimento de síndrome metabólica e diabetes tipo 2.

A indústria veiculada aos alimentos também enfraqueceu a conscientização da alimentação. Garcia (1997) afirma que o uso de embalagens descartáveis diminui a consciência do ato de alimentar-se em função da simplicidade para dispersar as refeições, uma vez que é com facilidade que uma refeição se desloca para outros locais, como para uma mesa de trabalho, ou para a frente de uma televisão.

Assim, são vários os fatores associados à dieta que contribuem para o aumento do sobrepeso/obesidade dos brasileiros ao acarretarem mudanças importantes nos padrões alimentares tradicionais. Mendonça e Anjos (2004) identificaram como principais fatores, a migração interna do campo para cidade; o aumento da alimentação fora de casa, caracterizada por um maior teor energético; o crescimento na oferta de refeições rápidas (*fast food*) e a ampliação do uso de alimentos industrializados/ processados.

Mendonça e Anjos (2004) também destacam elementos relacionados à redução da atividade física que vem ocorrendo no país como: a diminuição do esforço com o trabalho doméstico pelo uso de equipamentos para a execução das tarefas mais árduas; o crescente uso da televisão como principal meio de lazer, o que além de caracterizar uma atividade

sedentária, também contribui para a ampliação do incentivo ao consumo difundido pelo *marketing*; e o uso preferencial de veículos automotivos para condução, reduzindo a atividade física relacionada aos deslocamentos.

Assim, é possível afirmar que mudanças ambientais decorrentes do processo de industrialização e urbanização no mundo contemporâneo têm contribuído para o aumento da obesidade, tornando o ambiente propício para o maior consumo energético e redução da atividade física, dificultando a adoção de comportamentos preventivos desse agravo (Lerario & Lottenberg, 2006).

Frente a essa questão, diversos autores (Cypress, 2004; Lerario & Lottenberg, 2006; McGinnis, Williams-Russo, & Knickman, 2002; Souza & Oliveira, 2008) também alertam sobre a necessidade de maior atenção do ponto de vista de saúde pública em não somente tratar a obesidade, mas de preveni-la modificando o ambiente obesogênico com base em estratégias que auxiliem na promoção de mudanças comportamentais, destacando a necessidade de intervenções mais abrangentes e contextualizadas para a efetividade de programas de prevenção e combate à obesidade.

Embora a necessidade de ações no sentido de modificar aspectos ambientais relacionados ao excesso de peso sejam reconhecidas, enfatiza-se que questões de ordem socioeconômicas e políticas maiores, ainda dificultam mudanças mais aprofundadas no ambiente urbanizado e obesogênico. Nesse aspecto, a possibilidade de mudanças nas ações individuais permite de modificação de hábitos pela pessoa que sofre com as questões do agravo, mesmo estando frente a um ambiente não propício.

Para tanto, é importante considerar que devido à complexidade envolvida na formação dos hábitos alimentares, a escolha de uma alimentação saudável não depende apenas do acesso à informação nutricional adequada. Viana (2002) destaca a necessidade de se compreender a alimentação do ponto de vista psicológico e sociocultural e conhecer as atitudes, crenças e outros fatores psicossociais que influenciam no processo de decisão alimentar, com o objetivo de tornar as medidas de educação para saúde mais eficazes.

Considerando os aspectos psicossociais que influenciam o comportamento alimentar de pessoas com excesso de peso, Viana (2002) identificou características desse grupo como: a relação da insatisfação com o corpo e a restrição alimentar; a categorização de alimentos como “bons” e “ruins”; comportamentos alternados de ingestão excessiva e restrição alimentar em um padrão “tudo ou nada” e a identificação de sentimentos de culpa com a alimentação.

Ao estudar a relação da insatisfação com o corpo com comportamentos de restrição alimentar, Viana (2002) afirma que algumas pessoas insatisfeitas com o peso e com o aspecto do seu corpo travam uma luta interna constante no sentido de controlar a ingestão, independentemente da fome que sentem, visando manter um determinado peso ou diminuí-lo. Estas pessoas mantêm, por isso, uma preocupação permanente com o corpo e com o que comem e resistem a comer aquilo que desejam.

Tais particularidades podem levar o indivíduo a um padrão de comportamento caracterizado por ciclos de dieta restritiva intercalados por ciclos de desinibição. Ou seja, os sujeitos conseguem controlar, com esforço da vontade, a fome e o desejo, mas eventualmente deixam-se vencer pelo desejo e comem descontroladamente. Fatores de ordem emocional como a ansiedade e a depressão, fatores cognitivos como a percepção de já terem ultrapassado o limite autoimposto têm um efeito desinibidor da restrição (Viana, 2002).

Bernardi, Cichelero, e Vitolo (2005), a partir de uma revisão da literatura, identificaram que o controle crônico da ingestão alimentar por meio de dietas restritivas, devido à pressão sociocultural que impõe padrões corporais magros, são atitudes desencadeadoras de transtornos alimentares. As autoras afirmam que “há evidências de que, em indivíduos obesos, comportamentos de compulsão alimentar e ou restrição são mais frequentes e parecem ser, em parte, responsáveis pelos fracassos observados no tratamento da obesidade” (p. 85). Assim, as restrições e autoimposições das pessoas que fazem dieta, parecem ter um efeito rebote, resultando em compulsão alimentar, a qual pode associar-se a consequências psicológicas, como a perda da autoestima e mudanças de humor.

Nesse aspecto, existe uma tendência de formação de um padrão de comportamento alimentar dicotômico de “tudo ou nada”, com os alimentos divididos em “bons” e “ruins”. As pessoas que apresentam esse padrão alimentar, em geral, sentem culpa após as refeições, particularmente quando consomem os alimentos “ruins”, geralmente os muito calóricos. Tendem a descontrolar-se e a comer demais em situações de mudanças de humor, e a avaliar que comeram demais mesmo não sendo o caso (Bernardi et al., 2005; Viana, 2002). Adicionalmente, Bernardi et al. (2005) afirmam que o estresse, a restrição, a rejeição, o estigma e outros estados emocionais negativos, levam à interrupção do autocontrole, conduzindo assim, a escolhas alimentares inapropriadas, com intuito de aliviar as tensões vigentes.

Vale destacar que, apesar da obesidade não ser considerada um transtorno alimentar ou psiquiátrico, diversos autores afirmam que existe uma relação entre o engajamento em dietas muito restritivas com o excesso de peso (Bernardi et al., 2005; Lottenberg, 2006; Viana, 2002). Desse modo, é importante que programas de redução de peso foquem esses aspectos, desmistificando a existência de alimentos “bons” e “ruins”, enfatizando a importância da moderação alimentar. Viana (2002) defende que esses programas incluam a ingestão de pequenas quantidades de alimentos “proibidos” como forma de limitar o desejo por esses produtos e controlar a angústia de ter violado a dieta ao ingerir alguma guloseima.

## **2.2 Instrumentos utilizados para determinação dos hábitos alimentares**

Considerando a relação dos hábitos alimentares com o desenvolvimento e manutenção do excesso de peso e doenças cardiovasculares, faz-se importante a análise do consumo alimentar dos indivíduos para identificação de fatores de risco e planejamento de ações de intervenção destinadas à orientação dietética efetiva, visando a prevenção, controle e tratamento de tais enfermidades.

No entanto, frente à complexidade da dieta como variável de exposição, sendo essa um evento completamente aleatório e com grande variabilidade, Barbosa e Monteiro (2006) alertam para as dificuldades metodológicas de se avaliar o consumo alimentar, uma vez que todos os instrumentos para sua estimativa são passíveis de erro. Nesse aspecto, Lopes, Caiffa, Mingoti, e Lima-Costa (2003) afirmam que independente do método escolhido para quantificar a ingestão alimentar, a obtenção de dados válidos e confiáveis em estudos nutricionais é uma tarefa difícil, uma vez que não existe um padrão ouro para avaliação da ingestão de alimentos e nutrientes, e os métodos utilizados estão sujeitos a variações e erros de medida.

Dentre os métodos mais utilizados para estimar a dieta, pode-se destacar o Questionário de Frequência Alimentar, o Recordatório de 24 horas e os registros diários (Slater, Marchioni, & Fisberg, 2004). O questionário de frequência alimentar é um instrumento composto por uma lista de alimentos agrupados conforme suas características nutricionais, seguido de uma lista de frequência de consumo, na qual o entrevistado relata quantas vezes por dia/semana/mês, consome determinados alimentos.

É o método mais utilizado para mensurar a dieta pregressa, pois tem a capacidade de classificar os indivíduos segundo seus padrões alimentares habituais, além de ser um instrumento de fácil aplicabilidade e baixo custo, o que viabiliza sua utilização em estudos



populacionais (Furlan-Viebig & Pastor-Valero, 2004). Entretanto, esse instrumento raramente tem acurácia suficiente para ser usado para avaliar a adequação da ingestão de nutrientes, uma vez que os alimentos são apresentados em uma listagem pré-estabelecida, que, portanto, não contempla todos os alimentos disponíveis para o consumo, utilizando-se de medidas padronizadas (Slater et al., 2004).

O recordatório de 24 horas consiste no relato de todos os alimentos e bebidas consumidos pelo indivíduo ao longo de um período de 24 horas, de preferência, o dia anterior à entrevista. Geralmente, as informações são obtidas em medidas caseiras ou unidades e posteriormente convertidas em pesos e volumes para cálculo (Barbosa & Monteiro, 2006). Apesar de ser um método muito utilizado, há significativas fontes de erros, uma vez que dependente da memória do entrevistado, de sua habilidade de relatar estimativas precisas a respeito do tamanho das porções, a ingestão real pode ser omitida e a ingestão do dia anterior pode ter sido atípica e não represente os hábitos alimentares. Assim, recomenda-se que seja utilizado em associação com outros instrumentos para informações mais precisas.

O registro alimentar consiste em um instrumento em que o indivíduo anota em um formulário todos os alimentos e bebidas ingeridos ao longo de 24h com suas respectivas quantidades em um período que varia, geralmente de um a cinco dias (Barbosa & Monteiro, 2006). É um método que envolve mais tempo, compreensão e motivação do entrevistado, e costuma-se solicitar que pelo menos um dia registrado seja atípico (final de semana ou feriado), o que permite verificar variações na ingestão fora da rotina.

Apesar da falta de um instrumento padrão ouro para avaliação dos hábitos alimentares, os inquéritos citados são tradicionalmente utilizados em estudos de consumo alimentar, e muitos pesquisadores associam os instrumentos para obtenção de resultados mais precisos. No entanto, ao se tratar de indivíduos obesos, Barbosa e Monteiro (2006) ressaltam que alguns estudos vêm demonstrando que existe uma subestimação de energia consumida que é relatada por essa população através da aplicação dos inquéritos dietéticos, e que essa tendência ocorre independente do instrumento utilizado.

Em consonância com esses dados, Bernardi et al. (2005) afirmam que revisões da literatura apontam que aproximadamente 70% dos obesos informam valores fisiologicamente improváveis de energia ingerida, e que as mulheres apresentam com mais frequência comportamentos de sub relato alimentar.

Ao considerar tais aspectos, é importante que o pesquisador esteja atento para identificar relatos subestimados no consumo alimentar de pessoas com excesso de peso,

com intuito de conhecer o que elas consomem da forma mais próxima possível da realidade, para intervir eficazmente nos pontos em que mudanças se fazem necessárias.

### **2.3 O tratamento dietético da obesidade e o aconselhamento nutricional**

Considerando o crescimento progressivo do excesso de peso na população brasileira e os aspectos apresentados acerca dos determinantes do comportamento alimentar, o Ministério da Saúde (Brasil, 2005) produziu o Guia Alimentar para a População Brasileira, no qual apresenta os dez passos para a alimentação saudável para adultos. São eles:

1. Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições;
2. Inclua diariamente seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos naturais;
3. Coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches;
4. Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde;
5. Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis;
6. Consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras trans;
7. Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação;
8. Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos;
9. Beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições;

10. Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha o peso dentro de limites saudáveis.

Os guias alimentares são instrumentos de orientação e informação à população visando promover saúde e hábitos alimentares saudáveis. O estabelecimento desses guias tem por base o reconhecimento de que um nível ótimo de saúde depende da nutrição (Philippi, Latterza, Cruz, & Ribeiro, 1999; Sichieri, Coitinho, Monteiro, & Coutinho, 2000). Welsh, Davis, e Shaw (1992) ressaltam que a elaboração de um guia alimentar deve ser precedida de pesquisas que contenham o diagnóstico da situação nutricional e dados epidemiológicos que fundamentem as dietas, os objetivos, as metas nutricionais e um banco de dados contendo a composição dos alimentos escolhidos. Além disso, os autores ressaltam que os guias devem encontrar uma forma realista de suprir as necessidades nutricionais utilizando-se da dieta habitual de cada população, além de serem dinâmicos, permitindo o máximo de flexibilidade para a escolha dos alimentos.

Frente a essas questões, Philippi, Latterza, Cruz, e Ribeiro (1999) adaptaram a Pirâmide Alimentar Americana para a população brasileira considerando a escolha de alimentos da dieta usual e dos hábitos alimentares do país. A Pirâmide Alimentar Adaptada (Figura 2) distribui os alimentos em oito grupos (cereais, frutas, vegetais, leguminosas, leite, carnes, gorduras e açúcares) de acordo com a contribuição de cada nutriente básico na dieta. Para tanto foram estabelecidas dietas padrão com distribuição dos macronutrientes nas seguintes proporções: carboidratos (50-60%), proteínas (10- 15%), lipídios (20-30%). Cada nível foi apresentado em porções mínimas e máximas a serem consumidas de acordo com as dietas referidas. As autoras destacam que a Pirâmide Alimentar Adaptada pode ser utilizada como instrumento para orientação nutricional de indivíduos e grupos populacionais, respeitando-se os hábitos alimentares e as diferentes realidades regionais e institucionais.

É importante enfatizar que as recomendações apresentadas são voltadas para manutenção do peso adequado e prevenção de doenças em indivíduos saudáveis. Assim, indivíduos que apresentam condições crônicas como obesidade, diabetes, dislipidemias e hipertensão, deverão receber orientações nutricionais baseadas nos guias alimentares para população saudável, porém com especificidades qualitativas e quantitativas, de acordo com a condição apresentada.



A demanda por orientação alimentar tem crescido entre pessoas com excesso de peso e risco cardiovascular, enfatizando a importância de se discutir como o aconselhamento nutricional vem sendo realizado. Nesse aspecto, Gazzinelli, Gazzinelli, Reis, e Penna (2005) ressaltam que o aconselhamento nutricional convencional é fundamentado no atendimento individual e prioriza a transmissão de informações uniformizadas, o que em geral, é ineficaz para motivar mudanças mais significativas nos hábitos alimentares.

Na área de educação nutricional observa-se uma crescente demanda pelo desenvolvimento de estratégias educativas que permitam abordar os problemas alimentares em sua complexidade, tanto na dimensão biológica como na social e cultural e que envolva os educandos como sujeitos ativos do processo (Organização Pan-americana da Saúde, 1986). Isso é evidenciado em estudos que mostram que a implementação de propostas pedagógicas interativas intensifica a consciência sobre a necessidade da melhoria dos hábitos alimentares, e dessa forma pode auxiliar na incorporação de conhecimentos e novas práticas na alimentação (Rodrigues & Boog, 2006; Soares & Camargo Jr., 2007).

A partir da exposição teórica apresentada neste capítulo, conclui-se que diferentes aspectos psicológicos e socioculturais influenciam na formação e manutenção dos hábitos

alimentares. Tais características são particularmente relevantes em indivíduos com excesso de peso e risco cardiovascular, pois a alimentação constitui-se um importante fator a ser modificado no tratamento dessas enfermidades. No entanto, a adesão à dieta costuma ser baixa nessa população, devido às complexidades envolvidas no comportamento alimentar. Assim, o próximo capítulo irá discutir os diferentes aspectos biopsicossociais envolvidos no processo de adesão a regimes terapêuticos que envolvem a mudança de estilo de vida, com o objetivo de auxiliar a elaboração de programas de educação em saúde que sejam mais efetivos na mudança de comportamentos de risco como alimentação inadequada e sedentarismo.

### **CAPÍTULO 3**

## **CONTRIBUIÇÕES DO MODELO BIOPSIKOSSOCIAL PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E ADESÃO AO TRATAMENTO NO CONTEXTO DA OBESIDADE**

O presente capítulo aborda aspectos conceituais e metodológicos acerca da adesão ao tratamento na obesidade e sua avaliação, com enfoque em fatores que contribuem para a baixa adesão nas modificações de estilo de vida relacionadas, especialmente, à alimentação. Para tanto, discute-se as limitações do modelo biomédico no tratamento da obesidade e apresentam-se as contribuições de aspectos teóricos relacionados à promoção da saúde e suas interfaces com o modelo biopsicossocial, apontando alternativas viáveis para o atendimento à população com excesso de peso. Por fim, discute-se a prevenção do reganho de peso após o tratamento da obesidade e as contribuições da formação de grupos em programas de educação em saúde.

### **3.1 Adesão ao tratamento: aspectos conceituais**

Tendo em vista a importância da mudança dos hábitos alimentares para melhorias no atual cenário epidemiológico de crescimento do excesso de peso na população, evidencia-se a relevância de programas de promoção à saúde e alimentação saudável que atinjam esse público de maneira eficaz.

Muitos estudos sobre adesão às mudanças no comportamento alimentar atingem altos níveis de não adesão (DiMatteo, 2004) pela complexidade desse componente no estilo de vida. Pontieri e Bachion (2010) ressaltam ainda que, dos fatores enfatizados no tratamento da obesidade, a mudança de hábitos alimentares é apontada como o de mais difícil adesão por parte dos pacientes. Nesse sentido, contribuições da psicologia da saúde relativas aos diferentes componentes biopsicossociais que constituem o comportamento alimentar e influenciam no processo de adesão aos tratamentos de saúde podem auxiliar na abordagem desse aspecto.

No campo da promoção da saúde, Ferreira e Magalhães (2007) afirmam que os desafios impostos para área da nutrição no contexto da promoção da saúde apontam para a possibilidade de compatibilizar diferentes olhares e perspectivas teórico-metodológicas na direção do diálogo interdisciplinar. Nesse esforço, a discussão da efetividade das ações, o aprendizado com as experiências em curso e a escolha de novas ferramentas metodológicas

devem penetrar o exercício profissional, com intuito de romper a fragmentação tecnicista tradicional e promover a integralidade no atendimento.

Nessa perspectiva, é importante salientar que o conceito de adesão pressupõe aspectos mais complexos que o cumprimento de orientações. A adesão ao tratamento é definida como “um compromisso de colaboração ativa e intencionada do paciente em um curso de comportamento, aceito de mútuo acordo, com o fim de produzir um resultado preventivo ou terapêutico desejado” (Vásquez, Rodriguez, & Álvarez, 1998). Silveira e Ribeiro (2005) definem a adesão ao tratamento como um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado e por isso representa um desafio tanto para o profissional quanto para o paciente, pelo intrincado número de variáveis que esse processo traz em si. As autoras defendem um elo entre a adesão ao tratamento e o processo de ensino-aprendizagem, uma vez que afirmam que a adesão inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados aos pacientes, envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde, à adaptação ativa a essas condições, à identificação de fatores de risco no estilo de vida, ao cultivo de hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida e ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado.

No entanto, Reiners, Azevedo, Vieira, e Arruda (2008), ao avaliar a literatura da área em uma revisão bibliográfica acerca da adesão/não adesão ao tratamento, verificaram que a maioria das referências revelou uma concepção reduzida do papel do paciente em seu processo de aderir ao tratamento, pois o considera submisso ao profissional e ao serviço de saúde e não como um sujeito ativo no seu processo de viver e conviver com a doença e o tratamento. A participação do indivíduo na definição de objetivos e planejamento de propostas terapêuticas é um recurso relevante para mediação da influência de fatores internos e externos que podem comprometer o cotidiano de pessoas obesas.

A definição de critérios de adesão e avaliação do processo constitui-se em um desafio metodológico. Alguns estudos utilizam medidas quantitativas e diretas, como os indicadores biológicos dos quais os exames laboratoriais são os mais representativos. Outros utilizam indicadores comportamentais, como o registro de comportamentos por meio de métodos observacionais, ou medidas descritivas e qualitativas, como os autorelatos, inventários e questionários (Straub, 2007). Ambas as formas possuem vantagens e limitações, e devem ser utilizadas, preferencialmente, em associação.

Dessa forma, a avaliação do processo de adesão não deve se constituir em apenas avaliar o cumprimento de determinações de profissionais de saúde, mas também verificar

fatores que tornam a incorporação de determinadas atitudes necessárias ao tratamento tão difíceis e distantes da realidade de parte dos pacientes (Pontieri & Bachion, 2010).

### **3.2 Aspectos relacionados a adesão ao tratamento na obesidade**

A literatura destaca diferentes fatores que influenciam na adesão aos tratamentos em saúde, tais como: fatores pessoais e cognitivos, fatores interpessoais, o envolvimento do paciente e tomada de decisão participativa, variáveis do paciente, o contexto sócio cultural e a presença de depressão (Martin, Williams, Haskard, & DiMatteo, 2005; Straub, 2007).

Os fatores pessoais e cognitivos dizem respeito a questões como a ausência de sintomas, dificuldade de se adaptar às exigências do tratamento, não percepção da eficácia do tratamento e prescrição mal entendida. O risco de não adesão é muito alto quando os pacientes não conseguem ler ou entender as instruções básicas e quando existem barreiras na linguagem, como o uso de termos técnicos e “jargões médicos” (Martin, et al., 2005). As crenças em saúde dos pacientes também são consideradas como fatores cognitivos que influenciam o processo de adesão (Martin, et al., 2005; Pontieri & Bachion, 2010). Os benefícios e barreiras percebidos pelos pacientes acerca do tratamento devem ser avaliados para facilitar o delineamento do mesmo.

Algumas variáveis como idade, gênero, etnia e renda não são prognósticos precisos para se prever a adesão ao tratamento, mas interação de forma complexa e podem não ser tão importantes como, por exemplo, a qualidade da comunicação (Jahng, Martin, Golin, & DiMatteo, 2005; Martin et al., 2005; Straub, 2007). De modo geral, as próprias pessoas são inconsistentes em seus comportamentos individuais, parecendo haver poucas pessoas rigorosamente “aderentes” ou “não aderentes” (Straub, 2007).

Outro fator importante considerado como uma barreira individual na adesão ao tratamento diz respeito ao “princípio gradiente de reforço” que afirma que as recompensas ou punições imediatas são mais eficazes do que as retardadas (Straub, 2007). Nesse sentido, muitos comportamentos que favorecem a saúde como praticar exercícios e seguir uma dieta com baixos teores de gordura, são menos prazerosos ou mais cansativos que as suas alternativas menos saudáveis. Dessa forma, os comportamentos que causam alívio ou gratificação imediata (como alimentar-se quando está deprimido) são mais difíceis de eliminar, uma vez que a não realização dos mesmos proporciona desconforto imediato.

No que concerne aos fatores interpessoais, estudos acerca da adesão mostram que quando o profissional de saúde e o paciente concordam em como o paciente deve se



envolver no tratamento os níveis de adesão são maiores (Jahng et al., 2005). Assim, a orientação atual é da realização de um trabalho em conjunto com o paciente para realizar um mútuo acordo das recomendações. Isso requer o estabelecimento do vínculo de confiança nesse relacionamento, e a visão do paciente em sua integralidade, por parte dos profissionais (Jahng et al., 2005; Martin et al., 2005; Straub, 2007).

O envolvimento do paciente no tratamento e a tomada de decisão participativa mostram-se como fatores importantes para o aumento da satisfação com seus cuidados de saúde (Martin et al., 2005). Um estudo de Lin et al. (1995) mostrou que pacientes que participam das discussões com os profissionais acerca de suas estratégias comportamentais são mais susceptíveis a aderir às medicações antidepressivas. Outros fatores como a relação profissional de saúde-paciente, o suporte social da equipe de saúde e dos membros de sua rede social também são considerados essenciais para a adesão às recomendações do tratamento (Reiners et al., 2008).

As atitudes dos pacientes como seus hábitos, crenças e normas sociais influenciam na adesão significativamente e muitas vezes de forma complexa. Desde a década de 1980, teorias de comportamentos em saúde consideram que a intenção das pessoas em adotar um determinado comportamento é precursora imediata no comportamento em si, e essas intenções, em parte, dependem do que a pessoa pensa e acredita, que hábitos ela cultiva e como as outras pessoas a influenciam (Ajzen & Fishbein, 1980). Assim, o ambiente e o suporte social disponível também afetam na intenção de adesão, especialmente quando se lida com condições ou doenças carregadas de estigma (Sirey et al., 2001).

Assim, o contexto sociocultural é considerado um importante fator para adesão uma vez que pode impor facilitadores e barreiras para esse processo. As barreiras podem ser determinadas pela família, pelo sistema de saúde e pela comunidade (Straub, 2007). Os hábitos de saúde normalmente são adquiridos com os pais e outras pessoas que atuam como modelos de comportamentos prejudiciais à saúde. Além disso, os hábitos de vida adotados pelo homem são amplamente influenciados pelo ambiente que pode induzir, por vários meios, a adoção de comportamentos não saudáveis. McGinnis, Willian-Russo, e Knickman (2002) argumentam que a adoção desses comportamentos pode ocorrer de formas sutis e não sutis, como por exemplo: comer alimentos pouco saudáveis pelo seu baixo custo; adotar um estilo de vida sedentário devido a ambientes inseguros, perigosos para realizar caminhadas; usar tabaco e álcool em excesso por influência das propagandas, dentre outros.

No que tange a não adesão ao tratamento na obesidade, outras questões de ordem psicossocial devem ser consideradas pela sua influência no comportamento alimentar. Nesse sentido, destaca-se a questão da estigmatização sofrida por pessoas obesas, atualmente, na sociedade ocidental. O estigma passa a acontecer através de um sistema vicioso, o qual se inicia quando o indivíduo obeso não consegue promover a perda de massa corporal. A partir disso, a manutenção da obesidade propicia a perda de autoestima, levando às práticas alimentares compensatórias, o que por sua vez gera estigmatização e mantém a obesidade (Sugai, 2011).

Outro ponto de cunho social importante é a estrutura dos ambientes sociais urbanos, atualmente considerados como propícios para o desenvolvimento da obesidade, uma vez que aumentam as oportunidades de consumo alimentar excessivo associado ao sedentarismo (Cypress, 2004; Lerario & Lottenberg, 2006; McGinnis et al., 2002; Souza & Oliveira, 2008).

A presença de depressão também pode afetar de forma significativa no processo de adesão. Os resultados de um trabalho de metanálise acerca do tema mostraram que o risco de não adesão do paciente é 27% maior se o paciente tiver depressão quando comparado ao paciente que não tem (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000). Os pacientes depressivos experimentam pessimismo, deficiências cognitivas e afastamento do suporte social, condições que reduzem tanto a intenção como a habilidade de seguir os regimes de tratamento. Assim, estar de bom humor e ter expectativas otimistas são fatores importantes para aumentar a adesão (Straub, 2007).

Para aumentar a adesão dos pacientes aos diferentes tratamentos em saúde é importante que o processo se inicie com a estimativa da adesão, isto é, se os pacientes estão ou não seguindo os tratamentos recomendados. A avaliação adequada depende, em grande parte, do desenvolvimento de um relacionamento baseado na confiança e aceitação entre o paciente e a equipe de saúde. O julgamento realista dos conhecimentos e da compreensão do paciente a respeito do regime terapêutico bem como sua crença em seus resultados permite um direcionamento mais eficaz dos potenciais problemas relacionados à adesão (Martin et al., 2005).

Os pacientes precisam da oportunidade de contar suas histórias e seus pontos de vista aos profissionais de saúde. A partir disso, muitas informações a respeito de suas atitudes, crenças, normas subjetivas, contextos culturais, suporte social e desafios emocionais de saúde podem ser aprendidos (Haidet & Paterniti, 2003).

Outro ponto importante a ser considerado na adesão ao tratamento da obesidade, é a necessidade de focar permanentes mudanças no estilo de vida para manutenção dos resultados em longo prazo, o que destaca a importância do estudo de estratégias de como manter a adesão. Reiners et al. (2008) ressaltam que por ser invariavelmente longo, um dos problemas que os profissionais de saúde encontram com frequência na atenção aos pacientes é a dificuldade destes em seguir o tratamento de forma regular e sistemática.

Garaulet e Heredia (2009) ponderam que muitos especialistas discutem se o ganho de peso (ou o retorno ao peso original) após o tratamento da obesidade tem uma base fisiológica ou é devido a fatores comportamentais. Após a análise de diversos estudos, os autores apontam que a recuperação do peso, na maioria dos indivíduos obesos, ocorre devido a fatores ambientais. Ao invés de sofrerem reações metabólicas, as pessoas tendem a voltar ao seu peso original, precisamente porque a sociedade atual incentiva o consumo de energia, mas desencoraja a atividade física, em outras palavras, é uma sociedade considerada obesogênica.

Fjeldsoe, Neuhaus, Winkler, e Eakin (2011) realizaram uma revisão sistemática para avaliar quais as características de intervenções que tiveram bons resultados na manutenção do peso em longo prazo, e concluíram que estudos com amostra composta exclusivamente com mulheres foram os que menos alcançaram a manutenção de peso. Dentre os estudos que obtiveram melhores resultados na manutenção, as principais características foram: intervenções com mais de 24 semanas, com uma média de pelo menos 13 contatos com os participantes, contatos presenciais, uso de mais de seis estratégias de intervenção, especialmente relacionadas com instruções de como atingir a mudança de comportamento, solicitação sobre as principais intenções dos participantes, solicitação de identificação das principais barreiras percebidas e oportunidades para troca de experiências.

Nesse aspecto, Marlatt e George (1998) definem a Prevenção de Recaídas (PR) como um programa de autocontrole desenvolvido para ajudar indivíduos a antecipar situações e lidar com problemas de recaídas de mudança de hábitos. A PR é baseada na Teoria de Aprendizagem Social de Bandura e combina procedimentos de treinamento de habilidades comportamentais, terapia cognitiva e reequilíbrio do estilo de vida. Os autores enfatizam a necessidade de distinguir o tratamento e a manutenção como processos separados, uma vez que as técnicas aplicadas para auxiliar o cliente no início da mudança de um determinado hábito são distintas das técnicas para manter esse novo hábito em longo prazo. Assim, eles ressaltam a necessidade de, durante o tratamento, treinar o cliente a ser

seu próprio terapeuta, com habilidades de automonitoramento e autogestão como abordagens para a PR (Marlatt & George, 1998).

Embora a literatura aponte a relevância de estratégias voltadas para atenção integral, com particularização das condutas terapêuticas, na prática, a carência ou ausência de profissionais das diferentes áreas dificulta a execução de medidas que poderiam ter um efeito maior, incluindo aspectos determinados socialmente.

De tal modo, ressalta-se que nenhuma estratégia de intervenção sozinha é capaz de promover a adesão de todos os pacientes, mas em todas as estratégias é necessário que exista participação, engajamento, colaboração, negociação, compromisso e mais possibilidades de terapias em que os pacientes reconheçam a sua parte de responsabilidade no processo de adesão (Martin et al., 2005).

Em síntese, a adesão ao tratamento pode ser promovida através de estratégias como: estabelecimento de um tratamento individualizado adaptado, na medida do possível, ao estilo de vida do usuário; capacitação do paciente para o autocuidado, auxiliando no desenvolvimento de competências e habilidades requeridas; negociação das mudanças necessárias; estabelecimento de metas terapêuticas viáveis e construídas junto com o paciente; incorporação de pessoas afetivamente significativas para o paciente na supervisão e/ou administração do tratamento e valorização da adesão, dando continuidade à atenção e postura empática (Martin et al., 2005; Reiners et al., 2008; Straub, 2007).

Tais premissas evidenciam que a adesão ao tratamento na obesidade se constitui um processo intrincado, que envolve fatores psicossociais complexos e, portanto, deve ser tratada sob uma perspectiva mais ampla. Nesse sentido, diversos autores (Cavalcanti, Dias, & Costa, 2005; Guedes, Nogueira, & Camargo Jr, 2006; Pontieri & Bachion, 2010; Silveira & Ribeiro, 2005; Sugai, 2011) vêm discutindo as limitações do modelo biomédico, atualmente hegemônico na atenção à saúde, para a abordagem do problema.

### **3.3 Modelo biomédico x modelo biopsicossocial na adesão ao tratamento da obesidade**

O modelo biomédico é caracterizado pelo referencial técnico-instrumental das biociências, que exclui o contexto psicossocial dos significados, dos quais depende uma compreensão plena e adequada dos pacientes e suas doenças (DeMarco, 2006). Do ponto de vista científico, o modelo biomédico se encontra pautado em uma perspectiva positivista, caracterizada pela separação excludente entre sujeito e objeto de estudo, pela compreensão da subjetividade como fonte de erro (González -Rey, 1997).

A crítica ao paradigma positivista advém da ausência da autorreflexão na construção do conhecimento o que impede que as ciências desenvolvam o seu caráter emancipador (Habermas, 1987). Na área da saúde, tais premissas se refletem em processo terapêutico pautado pela autoridade por parte dos profissionais de saúde e redução da autonomia por parte dos usuários.

Nesse aspecto, Machado et al. (2007) afirmam que o princípio da integralidade como eixo norteador das ações de promoção e educação em saúde deve estar articulado à necessidade de se corrigir a tendência de um agir em saúde fragmentado, embasado em uma postura de imposição de um saber científico descontextualizado e inerte dos anseios da população no tocante a sua saúde e condições de vida.

Assim, no contexto de superação do modelo biomédico e busca de novas abordagens para se trabalhar os temas relacionados ao processo saúde-doença surge o modelo biopsicossocial como uma alternativa. Segundo Straub (2007), esse modelo enfatiza as influências mútuas entre os contextos biológicos, psicológicos e sociais da saúde e é também fundamentado pela teoria sistêmica do comportamento, a qual compreende a natureza como uma hierarquia de sistemas, em que cada sistema é, simultaneamente, composto por subsistemas menores e sistemas maiores inter-relacionados.

A busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico e social, onde o modelo tecnicista biomédico mostra-se pouco eficaz frente às demandas atuais de saúde. Desde a década de 1970, com destaque para Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, conhecida como Alma-Ata (Organização Mundial de Saúde, 1978), os cuidados relacionados à proteção e promoção da saúde vêm sendo discutidos. Adicionalmente, a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas tem incitado o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer em saúde.

Sobre essa perspectiva, Guedes et al. (2006) realizam uma discussão epistemológica da biomedicina, investigando a forma como se dá a produção do conhecimento neste modelo e, afirmam que tal exercício é fundamental para a transformação do paradigma biomédico, na medida em que é consensual o alto grau de subjetividade que envolve a prática médica. Os autores apontam a necessidade de se resgatar a relação humanizada entre médico-paciente e direcionar a escuta terapêutica não só para os relatos objetivos da doença, mas para todos os aspectos psicológicos que permeiam o adoecer. Em outras palavras, privilegiar o doente, e não a doença.

Adicionalmente, frente a essa transição paradigmática, Queiroz e Araujo (2009) discutem a necessidade de mudanças no modo de conceber e organizar o trabalho em equipes de saúde com o intuito de assegurar uma atenção integral que desenvolva a autonomia e a qualidade de vida do paciente.

Tal mudança paradigmática pode ser analisada a partir da orientação teórica do ensaio de Thomas Kuhn (2003) que discute como as ciências naturais atingem o progresso científico e a importância dos paradigmas para o desenvolvimento da ciência. O autor argumenta que, uma vez que um paradigma esteja instaurado em uma área da ciência, a comunidade científica vai gradativamente acumulando conhecimentos. No entanto, esses períodos estáveis são intercalados com períodos onde os paradigmas dominantes são questionados e revistos e, nesses momentos de instabilidade a ciência progride em uma velocidade muito maior. Essas revoluções na ciência são essenciais para seu desenvolvimento, uma vez que ao decidir rejeitar um paradigma, um pesquisador estará simultaneamente aceitando outro, e o juízo que conduz essa decisão envolve a comparação mútua de ambos os paradigmas.

Partindo dessa perspectiva, pode-se afirmar que o crescimento progressivo da obesidade no Brasil e no mundo aponta que a tradição biomédica vem se mostrando inadequada em seu tratamento, incitando a necessidade de uma mudança paradigmática na abordagem do problema.

Em contrapartida, o modelo biopsicossocial vem se firmando no campo da saúde progressivamente, pois proporciona uma visão integral do ser e do adoecer e compreende as dimensões física, psicológica e social (DeMarco, 2006). Esse modelo enfatiza a influência mútua entre esses aspectos no desenvolvimento humano, fundamentando-se na teoria sistêmica do comportamento, que compreende que o corpo é formado por sistemas em interação, como o endócrino, cardiovascular, nervoso e imunológico, que interagem com os aspectos psicossociais (Straub, 2007). Destaca-se ainda, que no plano operacional, tais premissas podem ser articuladas em harmonia com os sete princípios estabelecidos pela OMS para a promoção da saúde: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade.

No contexto da obesidade, observa-se que o aconselhamento nutricional convencional é fundamentado no modelo biomédico, pautado no atendimento individual e prioriza a transmissão de informações uniformizadas, o que em geral, é ineficaz para motivar mudanças mais significativas nos hábitos alimentares (Gazzinelli, et al., 2005). Esse processo não deve impor, ao paciente, respostas prontas para o problema, mas sim

estabelecer uma relação de ajuda entre o profissional e o cliente (Rodrigues & Boog, 2006). Tal perspectiva torna-se um desafio para a prática uma vez que a formação atual ainda não incorpora totalmente os fundamentos do modelo biopsicossocial de atenção à saúde.

### **3.4 O grupo em programas de educação em saúde**

Frente às dificuldades relatadas em relação ao processo de adesão ao tratamento, Silveira e Ribeiro (2005) defendem a estratégia de formação de grupos para promover uma melhor adesão ao tratamento, uma vez que o grupo consiste em um espaço solidário que permite o acesso à informação, à troca de experiências, ao intercâmbio de motivações, ao apoio mútuo e à vivência de uma pluralidade de situações que criam oportunidades para pacientes e profissionais de saúde posicionarem-se, tirarem dúvidas, interagirem e superarem dificuldades no processo de tratamento.

Bechelli e Santos (2002) afirmam que o grupo favorece muito o trabalho do paciente como agente de sua própria mudança, pois a interação é particularmente realizada entre os participantes e rompem o modelo médico, no qual o profissional dispõe-se em posição superior. A prioridade dos assuntos a serem discutidos é da competência dos integrantes do grupo, sendo portanto, responsáveis pelos temas que escolhem.

Os participantes do grupo atuam estabelecendo diálogo, escutando de forma empática, formulando perguntas que estimulam o esclarecimento do assunto e, concomitantemente, refletindo e analisando sob diferentes perspectivas. Ao mesmo tempo, oferecem entre si recursos diversos como: informações, ideias, interpretações, apoio, *feedback*, conselhos, sugestões de estratégias e procedimentos. E cada um, na sua condição peculiar, estabelece a direção que lhe seja mais produtiva (Bechelli & Santos, 2002).

Yalom e Leszcz (2006) afirma que devido as diferenças individuais, os participantes de um mesmo grupo beneficiam-se com diferentes conjuntos de fatores terapêuticos. Dentre esses fatores, destacam-se: a auto revelação, o aprendizado por intermédio do outro, a identificação, o aprendizado interpessoal e a instilação de esperança (Bechelli & Santos, 2002; Yalom & Leszcz, 2006).

A auto revelação parte do pressuposto que a revelação de um estimula o outro a se expor, suscitando pensamentos e sentimentos relacionados a experiências do presente ou do passado. O aprendizado por intermédio do outro parte da premissa que é mais fácil ver nos outros o que não se consegue reconhecer em si próprio. A identificação é definida como o processo no qual a pessoa assimila um aspecto ou atributo de outra. Esse processo

pode ocorrer conscientemente, por simples imitação, ou inconscientemente, fora de seu nível de percepção. O aprendizado interpessoal corresponde ao *feedback* que o paciente recebe dos seus colegas, informando-lhe dados a seu respeito. E, por fim, a instilação de esperança diz respeito ao estímulo que o paciente pode receber ao perceber a melhora obtida pelos outros participantes e considerar-se capaz de obter resultados semelhantes (Bechelli & Santos, 2002; Yalom & Leszcz, 2006).

Desse modo, a partir da exposição realizada nesse capítulo, conclui-se que a literatura acerca do tema “Adesão ao Tratamento” vem mostrando a necessidade de que os profissionais, os serviços de saúde e as políticas públicas sejam corresponsáveis com o paciente no processo de adesão. Frente ao exposto, é possível afirmar que abordagem da obesidade em um campo epistemológico positivista, no qual se pauta o paradigma biomédico, é pouco eficaz em seus resultados, uma vez que as estratégias tecnicistas desse modelo não conseguem tratar de aspectos subjetivos e sociais envolvidos no contexto.

Diante da complexidade exigida na intervenção para o tratamento da obesidade, contribuições da área da Psicologia que estuda os comportamentos em saúde, têm auxiliado na elucidação de aspectos biopsicossociais que circundam o problema, com propostas de modelos que investigam questões mais amplas relacionadas ao comportamento alimentar. Dentre os modelos teóricos utilizados na área da Psicologia da Saúde em programas com foco em mudanças no estilo de vida a presente dissertação destaca o Modelo Cognitivo, que será apresentado no próximo capítulo.



## CAPÍTULO 4

### O MODELO COGNITIVO NO TRATAMENTO DA OBESIDADE

O presente capítulo apresenta uma revisão bibliográfica com objetivo de caracterizar o modelo cognitivo do ponto de vista teórico e metodológico e discutir suas contribuições no tratamento da obesidade. Também são expostos programas empíricos para redução de peso baseados nesta abordagem e apresentado o Programa Pense Magro (J.S Beck, 2009), que embasou a intervenção da pesquisa desta dissertação.

#### 4.1 O modelo cognitivo: evolução histórica e bases teóricas

Os termos terapia cognitiva (TC) e terapia cognitivo-comportamental (TCC) são usados frequentemente como sinônimos para descrever psicoterapias baseadas no modelo cognitivo. O termo TCC também é utilizado para um grupo de técnicas nas quais há uma combinação de abordagem cognitiva e de um conjunto de procedimentos comportamentais. Knapp e Beck (2008) afirmam que a separação de intervenções de terapia cognitiva em técnicas cognitivas e comportamentais é apenas para propósitos didáticos, já que muitas técnicas afetam tanto os processos de pensamento quanto os padrões de comportamento do paciente. Assim, a TCC é usada como termo mais amplo que inclui tanto a TC padrão quanto combinações atóricas de estratégias cognitivas e comportamentais (A. T. Beck, 2005; Knapp & Beck, 2008). Contudo, neste texto optou-se por utilizar o termo TC em função de que a pesquisa da presente dissertação foi baseada no trabalho desenvolvido por Beck (2009) que adota o mesmo termo.

De acordo com o modelo cognitivo, os indivíduos atribuem significados a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos da vida e, a partir disso, comportam-se de determinada maneira e constroem diferentes hipóteses sobre o futuro e sobre sua própria identidade. Assim, a teoria cognitiva tem como objeto principal de estudo a natureza e a função dos aspectos cognitivos, isto é, o processamento de informação que é o ato de atribuir significado a algo (Bahls & Navolar, 2004). O modelo cognitivo propõe que os transtornos psicológicos decorrem de um modo distorcido ou disfuncional de perceber os acontecimentos, influenciando o afeto e o comportamento (J. S. Beck, 1997).

Tsiros et al. (2008) definem a TC como uma abordagem baseada na teoria de que o problema em questão, é mantido por crenças e crenças disfuncionais. Esse enfoque

utiliza técnicas com o intuito de modificar comportamentos a partir da assimilação de antecedentes e consequências de determinadas condutas, associando-as com técnicas cognitivas destinadas a identificar, avaliar e posteriormente reestruturar crenças e crenças disfuncionais. Os autores afirmam que a TC também utiliza estratégias para promover a generalização e transferência de novas habilidades e comportamentos aprendidos em terapia, para a vida cotidiana e na manutenção dessas mudanças ao longo do tempo. Dessa forma, o objetivo terapêutico da TC é reestruturar os pensamentos distorcidos e colaborativamente desenvolver soluções pragmáticas para produzir mudança e melhorar aspectos emocionais e comportamentais (Knapp & Beck, 2008).

#### **4.2 O modelo cognitivo no tratamento da obesidade**

Considerando-se que fatores psicológicos influenciam desfavoravelmente no comportamento alimentar, Vasques, Martins, e Azevedo (2004) ponderam que embora a obesidade não se caracterize por um transtorno psiquiátrico, nem mesmo um transtorno alimentar a partir dos critérios do DSM-IV, muitos obesos apresentam perturbações comportamentais e conflitos psíquicos relacionados à alimentação. Nesse sentido, os autores destacam que os obesos podem se beneficiar da terapia cognitiva, uma vez que essa técnica vem mostrando eficácia por objetivar a organização das contingências para mudança de peso e comportamentos, em princípio, relacionados ao autocontrole de comportamentos alimentares e contextos situacionais mais amplos. Straub (2007) ressalta que a maior parte de esforços dos psicólogos para mudar comportamentos relacionados com o estilo de vida (como hábitos alimentares e prática de exercícios) concentra-se, principalmente, em abordagens cognitivas e comportamentais. Adicionalmente, considerando que doenças crônicas como diabetes e hipertensão, em muitos casos, estão associadas à condição de obesidade, Faustino e Seidl (2010) afirmam que o caráter educativo da abordagem cognitivo-comportamental tem se mostrado particularmente útil, favorecendo o desenvolvimento de habilidades, por parte de pessoas com doenças crônicas, para lidar de maneira eficaz com sua condição ao longo do tempo.

Ressalta-se que apesar das recomendações do uso da TC para o controle da obesidade, Tsai e Wadden (2009) afirmam que poucas pesquisas sobre perda de peso examinaram os efeitos de intervenções cognitivo-comportamentais na prática clínica. Os autores recomendam a realização de estudos empiricamente embasados no tratamento da obesidade para orientar os esforços de profissionais da área. Assim, a próxima seção objetiva descrever e analisar programas empíricos para redução de peso, baseadas no

modelo cognitivo, relatados em artigos publicados em revistas científicas, nos últimos 10 anos, que utilizaram a metodologia de ensaio clínico randomizado, com limite de faixa etária de 19 a 60 anos, com intuito de possibilitar o aprimoramento contínuo de intervenções na área. Adicionalmente, utilizou-se revisões sistemáticas da literatura na área que embasaram a discussão dos dados.

#### **4.2.1 Intervenções baseadas no modelo cognitivo para perda de peso na obesidade**

Appel et al. (2011) realizaram um estudo randomizado e controlado de 24 meses, para examinar os efeitos de duas intervenções comportamentais para perda de peso em 415 pacientes adultos e obesos. A primeira intervenção ofereceu um suporte não presencial aos participantes (pelo telefone, um *site* específico e e-mail). A segunda intervenção ofereceu suporte em sessões individuais e em grupo (presenciais) juntamente com meios de apoio a distância. Havia também um grupo controle, no qual a perda de peso foi autodirigida. Ambas as intervenções incluíam: foco em comportamentos-chave para perda de peso (como ingestão calórica reduzida e aumento na atividade física); registros alimentares para automonitoramento; utilização de perguntas abertas, explorando os sentimentos dos participantes e apoiando o otimismo em relação às mudanças; conteúdo educativo pela *web* (ferramentas e gráficos para gravação de peso, minutos de exercício e calorias consumidas por dia), com uma recomendação de registro semanal de peso no *site* do estudo.

Após 24 meses, a variação média no peso da linha de base foi de menos 0,8 kg no grupo controle, menos 4,6 kg no grupo que recebeu suporte a distância, e redução de 5,1 kg no grupo que recebeu apoio em sessões presenciais. A porcentagem de participantes que perdeu 5% ou mais do seu peso inicial foi de 18,8% no grupo controle, 38,2% no grupo que recebeu apenas o suporte a distância e 41,4% no grupo que recebeu apoio em sessões presenciais. A alteração no peso da linha de base não diferiu significativamente entre os dois grupos de intervenção, mas foi significativamente maior em ambos quando comparados ao grupo controle. Os autores concluíram que mesmo com suporte a distância, os pacientes obesos se beneficiaram de uma perda de peso clinicamente significativa e sustentada ao longo de um período de dois anos (Appel et al., 2011).

A eficácia do suporte à distância, provavelmente ocorreu pela flexibilidade que ele oferece tanto para os participantes quanto aos pesquisadores. Krukowski, West, e Harvey-Berino (2009) afirmam que intervenções pela internet são caminhos promissores para promoção de perda e manutenção de peso, e que intervenções que incorporam uma estrutura programática, com componentes da TC bem como recursos interativos são mais

eficazes em seus resultados. No entanto, os autores ressaltam que esses tipos de programas, em geral, não atingem a magnitude dos resultados de programas presenciais. Dessa forma, são necessárias mais pesquisas para melhor elucidação sobre o custo-benefício de intervenções *online*.

Outro estudo que utilizou o modelo cognitivo como pressuposto teórico foi realizado por Christensen et al.(2011), que avaliaram os efeitos dos primeiros três meses de uma intervenção randomizada e controlada de mudança de estilo de vida entre trabalhadores de saúde. Participaram desse estudo 98 profissionais de saúde do sexo feminino, com excesso de peso, que foram agrupadas aleatoriamente em um grupo de intervenção e um grupo controle. A intervenção consistiu de um plano de dieta hipocalórica individualizado, exercícios de fortalecimento muscular e treinamento cognitivo-comportamental durante o horário de trabalho. Ao grupo controle foram oferecidas apresentações orais mensais.

No grupo experimental, a TC foi oferecida em sessões semanais de 15 minutos, com atividades que auxiliaram os participantes a traçar metas realistas de perda de peso, encontrar estratégias pessoais para aliviar a fome, manter continuidade dos comportamentos saudáveis e lidar com os contextos sociais e situações que envolvam alimentação inadequada. Ao final de três meses, o grupo de intervenção, quando comparado ao controle, reduziu significativamente o peso corporal, o IMC, o percentual de gordura corporal, a circunferência da cintura, e a pressão arterial. Os autores concluíram que a intervenção possui um grande potencial de promoção da saúde no local de trabalho e ressaltaram que os efeitos em longo prazo da intervenção ainda precisam ser investigados (Christensen et al., 2011).

Ao avaliar os efeitos de intervenções no local de trabalho para melhorar a dieta dos empregados, Ni Mhurchu, Aston, e Jebb (2010), em uma revisão sistemática da literatura, mostraram que programas organizacionais de promoção de saúde estão associados com uma melhora moderada na ingestão alimentar, especialmente no que diz respeito ao consumo de frutas e vegetais e redução da ingestão de gorduras. Os autores sugerem que futuros programas para melhorar os hábitos alimentares de funcionários devem ir além da educação individual e objetivar a intervenção em vários níveis do ambiente de trabalho.

Sobre perspectiva semelhante, em uma revisão sistemática da literatura a respeito da avaliação de intervenções no estilo de vida para redução do risco cardiovascular em locais de trabalho, Groeneveld, Proper, van der Beek, Hildebrandt, e van Mechelen (2010) examinaram 18 estudos de alta qualidade e encontraram fortes evidências da eficácia

destes programas na redução do peso e gordura corporal em populações com alto risco cardiovascular. Tais dados evidenciam que as intervenções nos locais de trabalhos podem ser arenas ideais para alcançar populações de alto risco de sobrepeso e obesidade, visto que podem facilitar a presença em programas de promoção de saúde.

Outro estudo que utilizou a TC foi realizado por Munsch, Biedert, e Keller (2003) que avaliaram a eficácia de um programa de TC em grupo para o tratamento da obesidade em 122 pacientes, distribuídos aleatoriamente para o grupo de intervenção e para o grupo controle. O programa de tratamento consistiu em 16 sessões em grupo de 90 minutos cada e continha elementos psicoeducacionais que abordaram questões a respeito de uma dieta equilibrada, instrução para a integração de mais atividades na vida cotidiana, estratégias de solução de problemas e a reestruturação da cognição disfuncional em relação ao próprio corpo (Munsch et al., 2003).

Em comparação com o grupo controle, que recebeu as orientações usuais (sem a intervenção psicológica), o grupo experimental reduziu o peso inicial significativamente, em cerca de 5% com estabilidade até o acompanhamento após um ano. No que diz respeito aos fatores psicológicos, o grupo de intervenção mostrou uma maior sensação de controle sobre o comportamento alimentar e a fome foi reduzida de forma significativa após o tratamento e durante o acompanhamento. O grupo intervenção também apresentou aumento estatisticamente relevante quanto à sentimentos relativos à atração e forma sobre o corpo. Para os autores, esses resultados confirmam a eficácia do programa com a TC integrada na prática clínica ao longo de um período de 12 meses (Munsch et al., 2003).

Barbato et al. (2006) esclarecem que a perda ponderal de 5 a 10% do peso corporal, ainda que esteja, muitas vezes, aquém do desejado pelo paciente, já é capaz de modificar favoravelmente diversas condições relacionadas à obesidade como a intolerância a glicose, o perfil lipídico, os níveis de pressão arterial e os sintomas associados à doenças degenerativas articulares, depressão e apnéia do sono. Assim, é importante que intervenções para perda de peso enfatizem tais aspectos com os participantes, para auxiliá-los no estabelecimento de metas realistas e viáveis para manutenção em longo prazo.

Na tentativa de sintetizar quais as intervenções mais eficazes para perda e manutenção de peso na obesidade, Shaw, O'Rourke, Del Mar, e Kenardy (2005) realizaram uma revisão sistemática para avaliar os efeitos de intervenções psicológicas para alcançar uma perda de peso sustentada para pessoas com sobrepeso e obesidade. Ao final da busca, 36 estudos preencheram os critérios e foram incluídos na revisão, com um total de 3495 participantes avaliados. Os autores verificaram que os melhores resultados na

perda de peso foram encontrados em estudos que combinaram a TC com intervenções na dieta e atividade física, quando comparadas com intervenções apenas com dieta e atividade física.

A partir de uma análise de diversos estudos baseados em evidências, Tsigos et al. (2008) elaboraram um consenso para intervenções para perda de peso na Europa em que realçam a necessidade da avaliação clínica pelo profissional acerca do tratamento, considerando a diversidade regional e cultural, bem como a necessidade de uma abordagem em comum acordo com o indivíduo e a família. Os autores recomendam três condutas de destaque no tratamento da obesidade: i) os profissionais têm a responsabilidade de reconhecer a obesidade como uma doença e ajudar os pacientes obesos com prevenção e tratamento apropriado; ii) o tratamento deve ser baseado em cuidados clínicos, bem como em intervenções baseadas em evidências e; iii) o tratamento da obesidade deve se concentrar em metas realistas e gestão ao longo da vida.

Com o intuito de orientar o conteúdo das intervenções baseadas na TC, Garaulet e Heredia (2009) afirmam que os programas devem, preferencialmente, conter abordagens relacionadas ao automonitoramento, técnicas de controle de estímulos, reforço positivo, reestruturação cognitiva e prevenção de recaídas. Adicionalmente, Straub (2007) destaca que os programas cognitivos de modificação do comportamento devem incluir também: técnicas de autocontrole, contratos de contingência e apoio social. O autor defende que as formas mais eficazes da terapia cognitiva para controle do peso são aquelas que não se concentram necessariamente na perda de peso, mas em encorajar os pacientes a perceberem que eles conseguem ter controle de seu peso e melhorar a imagem de seu corpo. Nesse aspecto, é possível observar que a maioria das intervenções apresentadas reúne esses elementos em suas abordagens.

Compartilhando tais pressupostos, Wadden et al. (2008) realizaram um estudo randomizado que comparou a perda de peso em três intervenções realizadas por profissionais e técnicos de saúde, durante um período de dois anos. Foram distribuídos, aleatoriamente 390 adultos obesos atendidos em centros de atenção primária, para um dos três tipos de intervenção: (1) cuidado usual, que consistia em visitas trimestrais dos profissionais de saúde, para educação sobre controle de peso; (2) aconselhamento breve, que consistiu em visitas trimestrais, com breves sessões mensais com instruções sobre o controle de peso através de estratégias da TC; (3) ou aconselhamento aprimorado, que proporcionou o mesmo cuidado descrito para a intervenção anterior, mas incluídos substitutos de refeições ou medicação para perda de peso com orlistat ou sibutramina.

As sessões de aconselhamento abrangeram temas como: contagem de calorias, alimentação saudável, aumento da atividade física, monitoramento do consumo de gordura, gatilhos para alimentação excessiva, o ambiente alimentar, estratégias de resolução de problemas, manejo do estresse, conversa sobre pensamentos negativos, controle da fome, estratégias para prevenção de recaídas, estratégias para manutenção do peso, orientações para comer fora de casa, dicas para as compras de supermercado, dentre outros. Ao final, 86% dos participantes completaram o estudo. O peso inicial diminuiu pelo menos 5% em 21,5%, 26,0% e 34,9% dos participantes nos três grupos, respectivamente. O aconselhamento aprimorado promoveu uma perda ponderal significativamente maior que nos outros dois grupos de intervenção (Wadden et al., 2011).

A partir da análise desses estudos, é possível afirmar que a eficácia da perda de peso ainda é considerada baixa, uma vez que menos da metade dos pacientes alcançam uma perda de peso satisfatória. Em relação à manutenção do peso, Weiss, Galuska, Kettel, Gillespie, e Serdula (2007) afirmam que a maioria dos pacientes envolvidos em programas de perda de peso recupera cerca de 30% do peso perdido em um ano após o tratamento e, em geral, regressam ao peso inicial entre três e cinco anos após as intervenções.

Deste modo, reforça-se a importância de que as intervenções que objetivam a perda de peso considerem os diferentes aspectos biopsicossociais que compõem os hábitos de vida e atentem para fatores que tornam a incorporação de determinadas atitudes necessárias ao tratamento tão difíceis e distantes da realidade de parte dos pacientes (Pontieri & Bachion, 2010).

Sob essa perspectiva, Beck (2009) ressalta a importância de que as pessoas registrem os motivos pelos quais querem emagrecer, para facilitar a ocorrência de comportamentos funcionais frente às situações consideradas difíceis para manutenção da dieta. Nesse aspecto, pesquisas disponíveis sugerem que a aparência física e saúde são os principais motivadores de mulheres que procuram tratamento para perda de peso (Cheskin & Donze, 2001; Foster, Wadden, Vogt, & Brewer, 1997)

Kalarchian et al. (2011) avaliaram as diferenças entre intervenções cognitivo-comportamentais que enfatizaram a aparência física, a saúde e ambas combinadas em 203 mulheres com idades entre 18 e 55 anos, que relataram considerar a aparência e a saúde como razões importantes para a perda de peso. As participantes foram aleatoriamente distribuídas em quatro grupos: (1) TC semanal isolada (Grupo Controle); (2) TC com foco na aparência física (Grupo Aparência); (3) TC com foco nos benefícios da perda de peso para saúde (Grupo Saúde) e (4) TC com foco na aparência física combinada aos benefícios

da perda de peso para saúde (Grupo Combinado). Após os seis meses de intervenções semanais, as participantes foram acompanhadas por mais seis meses com sessões de reforço mensais e seis meses de seguimento (Kalarchian et al., 2011).

Ao final do estudo os pesquisadores constataram que o Grupo Aparência e o Grupo Combinado apresentaram uma perda de peso significativamente maior que o Grupo Controle após seis e 12 meses de intervenção. No entanto, as diferenças entre os grupos experimentais não foram significativas após 18 meses, sugerindo que a satisfação com a perda ponderal não esteve relacionada com a manutenção de peso subsequente (Kalarchian et al., 2011).

Assim, destaca-se a relevância do planejamento das intervenções para manutenção dos resultados no longo prazo, uma vez que a literatura aponta que grande parte dos participantes de intervenções de emagrecimento recupera o peso em até dois anos após o tratamento (Brown et al., 2009). Considerando essas questões, Cooper et al. (2010), em um ensaio clínico randomizado, examinaram os efeitos imediatos e a longo prazo de uma nova forma de tratamento cognitivo-comportamental que foi desenhado, especificamente para minimizar o reganho de peso após o tratamento. Essa abordagem enfatiza não apenas os comportamentos de ingestão excessiva, mas também de processos para manutenção de novos hábitos.

Participaram do estudo 150 mulheres obesas, com idade entre 20 e 60 anos, distribuídas aleatoriamente em três grupos para intervenções com duração de 44 semanas: (1) nova terapia cognitivo-comportamental; (2) terapia comportamental tradicional e (3) guia de autoajuda (grupo controle). Ao final do estudo, as participantes dos dois grupos principais perderam uma média de 10% do peso inicial, resultado não encontrado do grupo controle. No entanto, após três anos do tratamento, a grande maioria das participantes, de ambos os grupos, haviam recuperado o peso perdido, evidenciando que ambos os programas, apesar dos bons resultados iniciais, não foram capazes de manter seus benefícios no longo prazo (Cooper et al., 2010).

Ressalta-se que nesse estudo de Cooper et al. (2010), ao longo dos três anos de acompanhamento não foi realizada nenhum tipo de intervenção. Nesse aspecto, estudos de revisão acerca da perda e manutenção do peso na obesidade apontam a necessidade de manter a assistência aos pacientes após as intervenções para prevenir recaídas. Garaulet e Heredia (2009) afirmam que a obesidade deve ser tratada como uma doença crônica, requerendo assim, acompanhamento dos envolvidos em longo prazo. No entanto, os autores alegam que, infelizmente os esforços desenvolvidos nesse sentido têm conseguido



poucos resultados, uma vez que pesquisas têm indicado que a frequência de adesão às reuniões mensais de manutenção é de aproximadamente 25% ao longo de dois anos.

#### **4.2.2 O Programa Pense Magro**

Utilizando o modelo cognitivo como pressuposto teórico, Beck (2009) propõe um programa de reeducação alimentar de seis semanas em que são utilizadas diferentes ferramentas para mudança dos pensamentos e dos comportamentos relacionados à alimentação. Nesse programa, denominado pela autora de Pense Magro, cada aspecto relevante à mudança de comportamento alimentar é realizado em um dia e o paciente deve anotar diariamente o cumprimento de suas tarefas. São propostas 42 tarefas a serem praticadas ao longo do programa. Ao final do tempo previsto, são propostas estratégias para manutenção do comportamento em longo prazo.

O programa Pense Magro utiliza os princípios da terapia cognitiva, pois considera o componente principal do tratamento a correção de pensamentos distorcidos, e argumenta que, quando os pacientes aprendem como mudar seus pensamentos imprecisos e disfuncionais, sentem-se melhores emocionalmente e comportam-se de maneira mais produtiva na busca de suas metas. Dessa forma, Beck (2009) alega que comer não consiste em uma ação automática, que há um pensamento que precede o ato de comer, e que o paciente, ao saber identificar esse pensamento, pode ter mais controle sobre suas decisões alimentares.

Nessa perspectiva, considera-se que o ato de comer começa com algum estímulo e os pensamentos disfuncionais surgem na presença destes, podendo ser classificados como: ambientais (visão, cheiro dos alimentos), biológicos (fome, sede, desejo de comer), mentais (pensar sobre alimentos, lembrar-se de algum alimento agradável), emocionais (sentimentos que incitam o ato de comer) e sociais (situações em que a pessoa considera importante compartilhar uma refeição com seu meio social) (J.S Beck, 2009).

Beck (2009) observa nos indivíduos que fazem dieta, as principais distorções nos pensamentos que surgem após os estímulos citados e dificultam o alcance e a manutenção do peso desejado. Essas distorções são denominadas de “pensamentos sabotadores”, que são considerados como os principais responsáveis pela alta desistência das dietas. Para a autora, esses pensamentos podem ser categorizados como: racionalizações (Não há nada de mal em comer isto porque...), subestimação das consequências (comer isto só desta vez não vai fazer diferença...), autoilusórios (já que exagerei um pouquinho, posso comer tudo que quiser no resto do dia), regras arbitrárias (não posso desperdiçar alimentos), leitura da

mente (minha amiga pensará que sou mal educada se eu não comer o bolo que ela fez) e exagero (eu não suporto estar com fome).

Desta forma, Beck (2009) exemplifica: Digamos que a pessoa pense: Estou com fome. Se, em seguida, tiver um “pensamento sabotador” como - Isto é horrível. Não posso tolerar. Tenho que comer! - ficará ansiosa e irá procurar qualquer alimento para se satisfazer, sem se importar com a qualidade e quantidade do mesmo. Por outro lado, se a pessoa contrariar esses pensamentos com “respostas adaptativas” como – Tudo bem. Vou comer dentro de poucas horas. Posso esperar. – se sentirá no controle da situação e acabará se envolvendo com outras atividades.

A TC fornece recursos para os pacientes a identificarem pensamentos sabotadores e responderem a eles de maneira funcional. Assim, o objetivo principal do programa *Pense Magro* é ensinar as pessoas que querem emagrecer a corrigir essas distorções, a resolver problemas relacionados ou não com a dieta e a se motivarem para adotar comportamentos alimentares funcionais. Para tanto, considera-se que o processo de emagrecimento tem momentos favoráveis e desfavoráveis, e muitos pacientes acabam por desistir do processo quando se deparam com desafios e frustrações relativas à dieta (J.S Beck, 2009).

Beck (2009) elucida ainda que, depois que os pacientes aprendem a esperar por essas dificuldades e se planejam, antecipadamente, para enfrentá-las, tornam-se hábeis em preservar e superar os momentos difíceis. O programa *Pense Magro* objetiva preparar as pessoas que querem emagrecer por meio de tarefas e desenvolvimento de habilidades, antes mesmo que a dieta alimentar seja iniciada. Para isso, também trabalha ao longo das seis semanas com outras questões psicológicas como: a sensação de sobrecarga com as exigências da dieta, a sensação de estar em privação, a sensação de desmotivação quando o emagrecimento não correspondeu ao previsto e o manejo do estresse decorrente de outros problemas de ordem cotidiana.

Desse modo, a partir da análise do material bibliográfico levantado foi possível notar que intervenções para perda de peso que utilizam uma abordagem psicológica, prioritariamente utilizam técnicas cognitivo-comportamentais e apresentam resultados mais satisfatórios quando comparadas com intervenções baseadas apenas na dieta e na atividade física. Esse resultado já esperado se relaciona às variáveis psicológicas que envolvem o comportamento alimentar e devem, então, ser consideradas nas intervenções para alcance de melhores efeitos.

A análise dos estudos permitiu verificar que, apesar da heterogeneidade das intervenções, as abordagens cognitivo-comportamentais, em sua maioria, utilizaram as

principais técnicas apontadas na literatura, reforçando os conteúdos essenciais que devem estar presentes nas intervenções. Adicionalmente, foram averiguados efeitos positivos de intervenções que abordaram questões como autoestima, aparência física, estabelecimento de metas realistas, tratamento farmacológico, bem como manutenção do acompanhamento em longo prazo.

## **CAPÍTULO 5**

### **OBJETIVOS**

Frente às questões norteadoras do trabalho expostas na introdução e à revisão bibliográfica realizada, este capítulo apresenta os objetivos da pesquisa.

#### **5.1 Objetivo geral**

Propor e avaliar um programa de educação nutricional baseado no modelo cognitivo como estratégia para adoção de hábitos alimentares saudáveis e consequente redução do peso e do risco cardiovascular em mulheres com sobrepeso e obesidade.

#### **5.2 Objetivos específicos**

- Elaborar um programa de educação nutricional baseado no modelo cognitivo como estratégia de estímulo à adoção de práticas alimentares saudáveis e redução do risco cardiovascular em mulheres com sobrepeso e obesidade;
- Traçar o perfil das práticas alimentares das mulheres participantes da pesquisa, antes e após a intervenção;
- Avaliar os efeitos do programa de educação nutricional proposto em relação ao atendimento nutricional tradicional (grupo controle) por meio da comparação da pressão arterial, lipídios séricos, resistência à insulina, peso e circunferência abdominal, antes e depois do programa;
- Identificar fatores que facilitam e dificultam a adesão ao tratamento e modificação de hábitos alimentares em pessoas com excesso de peso;
- Avaliar o programa elaborado a partir da perspectiva das participantes.

## CAPÍTULO 6

### MÉTODO

O presente capítulo fornece informações sobre o delineamento da pesquisa, o método utilizado, o contexto de sua realização e o recrutamento das participantes. Adicionalmente são apresentados os instrumentos do estudo e os procedimentos da coleta de dados, que inclui a descrição do programa proposto. Por fim, são expostos os aspectos éticos e os procedimentos para análise dos dados.

#### 6.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo quali-quantitativo quase-experimental, do tipo pré/pós teste com grupo controle não equivalente. Segundo Sousa, Driessnack e Mendes (2007) esse modelo examina relações de causa e efeito entre variáveis independentes e dependentes e é útil para testar a efetividade de uma intervenção. Os autores destacam ainda que tal metodologia é caracterizada pela distribuição não aleatória dos sujeitos tanto para o grupo controle como para o grupo experimental. Ambos os grupos são pré-testados. O grupo experimental é exposto ao tratamento e então ambos são pós-testados.

Dessa forma, os indivíduos que concordaram em participar do presente estudo foram alocados de forma não randomizada em dois grupos: grupo atendimento coletivo (Grupo Experimental - GE), que participou do programa de educação nutricional em grupo proposto na presente pesquisa e grupo atendimento individual (Grupo Controle - GC), que recebeu o aconselhamento nutricional individual.

#### 6.2 Local do estudo

As atividades da pesquisa foram desenvolvidas no ambulatório de nutrição de um Hospital Regional da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, onde a pesquisadora atua como nutricionista.

Esse ambulatório funciona durante uma tarde por semana e conta com uma única nutricionista. Nesse período, são realizados quatro atendimentos de primeira consulta e oito retornos. O atendimento de primeira consulta tem duração média de 45 minutos e consta de: anamnese alimentar, aferição de dados objetivos referentes ao estado nutricional (peso, altura, IMC, circunferência abdominal, história patológica pregressa e exames bioquímicos) e aconselhamento nutricional individualizado. Os retornos são mensais e duram em média 20 minutos. Nesse acompanhamento ocorre novamente a mensuração dos dados antropométricos, a avaliação dos resultados dos exames laboratoriais, quando

solicitados, e também se discute o andamento do plano alimentar e a necessidade de eventuais mudanças.

O ambulatório de nutrição recebe pacientes encaminhados pelas diversas especialidades médicas que atendem no local e nos dois postos de saúde da cidade. O paciente também pode marcar consulta sem encaminhamento de outro profissional ou instituição, diretamente na recepção do hospital. O tempo médio para ingresso no ambulatório de nutrição na ocasião do estudo era de aproximadamente dois meses.

No local, há salas para atendimento individualizado e um auditório para realização de reuniões, onde foram efetivados os encontros do grupo. A instituição também dispõe de recursos necessários para atendimento nutricional, tais como balança antropométrica mecânica com capacidade máxima de 150 kg e estadiômetro com altura máxima de dois metros, fita métrica, formulários para atendimento nutricional e orientações nutricionais fornecidas pela SES-DF

De janeiro a maio de 2011, período da elaboração do projeto, o ambulatório de nutrição atendeu 79 pacientes classificados quanto à faixa etária da seguinte forma: 48,8% eram mulheres adultas; 11,3% homens adultos; 21,3% adolescentes; 11,3% crianças e 7,5% idosos. Desta clientela, um total de 39% eram mulheres, adultas, com sobrepeso ou obesidade.

### **6.3 Participantes**

Para participação no GE, foi realizada uma busca ativa mediante a divulgação do programa proposto (Anexo A) no Hospital Regional e nos Centros de Saúde 1 e 2 da cidade, um mês antes da data prevista para início das atividades. As inscrições foram realizadas durante esse mês na recepção do Hospital, e as inscritas foram contatadas posteriormente para marcação do primeiro encontro. Nesse encontro foram repassadas informações acerca da pesquisa, realizadas assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo B) e anamnese inicial. Cabe ressaltar que os profissionais que realizaram as inscrições no programa foram orientados sobre os critérios de inclusão das participantes da pesquisa (que serão descritos na seção 6.3.1).

Para o GC, foram selecionadas pacientes já atendidas pela Nutrição, que procuraram o serviço espontaneamente e receberam aconselhamento nutricional individualizado, conforme os procedimentos já empregados no ambulatório (citados na seção 6.2). Foram recrutadas pacientes que se enquadravam nos critérios de inclusão, que aceitaram participar da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (Anexo C) e que compareceram às consultas no tempo de duração da coleta de dados da pesquisa.

### **6.3.1 Critérios de inclusão e exclusão**

Para participação na pesquisa foram adotados os seguintes critérios de inclusão: mulheres entre 20 e 59 anos com  $IMC \geq 25\text{kg/m}^2$  e circunferência abdominal  $\geq 88\text{cm}$ . Para o GC foi exigida a participação em pelo menos duas consultas, respeitando o tempo de três meses para coleta dos dados finais semelhante ao GE.

Foram excluídas do estudo mulheres que estivessem realizando dieta para perda de peso orientada por médico ou nutricionista nos três meses anteriores ao início do estudo; mulheres que estivessem participando de outro programa de educação em saúde; pacientes que realizaram cirurgia para redução do estômago ou inseriram o balão intragástrico como adjuvantes no tratamento da obesidade; mulheres que, durante o período de estudo, tiveram alguma prescrição medicamentosa modificada, o que pode alterar a aferição dos dados bioquímicos e mulheres com comprometimento da habilidade de compreensão verbal das orientações recebidas, avaliadas pela pesquisadora a partir das orientações fornecidas na primeira entrevista.

### **6.4 Instrumentos e materiais de pesquisa**

Para o atual estudo, foram utilizados instrumentos para coleta de dados e para o desenvolvimento do programa de educação nutricional. Os instrumentos e materiais de coleta de dados foram centrados na avaliação nutricional completa e incluíram: informações de dados sociodemográficos, anamnese alimentar, avaliação antropométrica e bioquímica. Eles estão descritos a seguir:

- Balança antropométrica mecânica, tipo plataforma, marca Filizola®, capacidade de 150 kg, com precisão de 100g e antropômetro acoplado com precisão de 0,5 cm;
- Aparelho digital de aferição de pressão arterial com pulso automático da marca Gtech®;
- Fita antropométrica inelástica da marca Sanny®;
- Gravador de áudio;
- Anamnese inicial e final (Anexo D): formulário estruturado para coleta de dados sociodemográficos e registro das informações da avaliação nutricional completa;

- Questionário de Frequência Alimentar: instrumento utilizado na anamnese alimentar para investigação do consumo alimentar habitual das participantes da pesquisa (Anexo E);
- Recordatório 24h: instrumento utilizado de anamnese alimentar. A paciente relata para pesquisadora tudo que consumiu no dia anterior, com suas respectivas quantidades em medidas caseiras (Anexo F);
- Formulário para realização do Registro Alimentar de três dias: instrumento utilizado para complementar a anamnese alimentar, o qual a paciente deve preencher durante três dias (dois dias da semana e um do final de semana) tudo que consumiu e sua respectiva quantidade (Anexo G);
- Entrevista semiestruturada contendo os seguintes itens: avaliação do programa a partir da identificação dos pontos positivos e dos pontos negativos; identificação das facilidades e dificuldades para seguimento de uma dieta para perda de peso; planejamento para manutenção do processo de perda de peso e sugestões para aprimoramento do programa (Anexo H).

Nos instrumentos para o desenvolvimento do programa foram incluídos:

- Anexo I: material didático de apoio às exposições orais, utilizado ao longo dos encontros, baseado no Programa Pense Magro (J.S Beck, 2009). Esse material foi estruturado em slides de apresentação. Como a instituição não dispunha de retroprojetor, os slides foram impressos em tamanho A3 e colados em folhas de cartolina para apresentação para o grupo;
- Anexo J: Questionário sobre Alimentação Saudável, no qual as participantes deveriam assinalar apenas uma resposta correta.
- Anexo K: Roteiro de entrevista semiestruturada utilizado no Encontro 5 a respeito das principais dificuldades relatadas pelo grupo em relação ao processo de modificar a alimentação e seguir as metas já traçadas nos encontros anteriores.
- Anexo L: Formulário para elaboração de plano alimentar com lista de substituições, baseado na Pirâmide Alimentar Adaptada à população brasileira (Philippi et al., 1999) com média de 1800 kcal/dia. O material foi entregue para as participantes do programa no Encontro 6.
- Anexo M: Roteiro para análise qualitativa dos Registros Alimentares pelas participantes do grupo. Instrumento utilizado no Encontro 8.



## 6.5 Procedimentos para coleta de dados

As mulheres selecionadas para o estudo foram distribuídas no GC e GE. As mulheres alocadas no GC receberam o acompanhamento nutricional individual adotado no serviço. As pacientes inscritas no GE participaram do programa de educação nutricional coletivo, que incluiu atividades de educação nutricional e do Programa Pense Magro (J.S Beck, 2009). Foram realizados três grupos com o intuito de oferecer uma maior flexibilidade de horários para as participantes. Esse programa teve a duração de três meses, o que totalizou 13 encontros semanais.

O primeiro e o último encontro foram momentos individuais para obtenção dos dados iniciais e finais referentes às práticas alimentares, avaliação nutricional, aferição da pressão arterial e pedido de coleta de sangue para realização dos exames bioquímicos. Esses procedimentos foram realizados em ambos os grupos, sendo que no GE esses encontros corresponderam ao primeiro e 13º, respectivamente, enquanto que no GC eles foram realizados na primeira consulta e no retorno que coincidiu com os três meses após a coleta de dados iniciais.

A avaliação nutricional incluiu a avaliação das práticas alimentares, antropométrica e bioquímica. As práticas alimentares foram avaliadas pela anamnese alimentar realizada por meio de entrevista, aplicando-se os seguintes instrumentos: Questionário de Frequência Alimentar (Anexo E) e Recordatório 24h (Anexo F). As participantes também receberam um formulário para realização do Registro Alimentar (Anexo G). Foi orientado que o registro fosse feito por três dias (dois dias da semana e um do final de semana). Posteriormente esses dados foram calculados através de tabelas de composição química dos alimentos (Philippi, 2001; Pinheiro, Lacerda, Benzercry, Gomes, & Costa, 2004). Para os alimentos industrializados não encontrados nas tabelas, utilizou-se as informações contidas no rótulo nutricional do próprio alimento.

A avaliação antropométrica foi realizada pela aferição do peso, estatura, circunferência abdominal e cálculo do IMC. A mensuração do peso e da estatura foi realizada em balança antropométrica mecânica com antropômetro acoplado. As participantes foram pesadas descalças e vestindo roupas leves, em posição ereta, com os braços alinhados ao corpo. A estatura foi aferida com as voluntárias sem sapatos, em pé sobre a balança, posicionadas de costas para o antropômetro, com os calcanhares juntos e o corpo ereto. Para a medida da circunferência abdominal foi utilizada uma fita inelástica na altura da cicatriz umbilical, no final do movimento expiratório. O IMC foi obtido pela relação do peso (em quilogramas) pela estatura ao quadrado (em metros). As amostras

sanguíneas para avaliação bioquímica foram coletadas e analisadas no laboratório do hospital, onde a pesquisa foi realizada.

## 6.6. O Programa de Educação Nutricional

A intervenção, como já citado, foi baseada no Programa *Pense Magro* (J.S Beck, 2009), que originalmente tem duração de seis semanas, nas quais são propostas 42 atividades diárias, conforme descrito na Tabela 4:

Tabela 4

*Síntese das Atividades do Programa Pense Magro (J. S. Beck, 2009)*

Dia	Tema das atividades	Dia	Tema das atividades
Dia 1	Registre as vantagens de emagrecer	Dia 22	Diga “paciência” para decepção
Dia 2	Escolha duas dietas razoáveis	Dia 23	Contrarie a síndrome da injustiça
Dia 3	Sente-se para comer	Dia 24	Saiba lidar com o desânimo
Dia 4	Elogie-se	Dia 25	Identifique pensamentos sabotadores
Dia 5	Alimente-se devagar e conscientemente	Dia 26	Reconheça os erros cognitivos
Dia 6	Encontre um técnico de dieta	Dia 27	Domine a técnica das sete perguntas
Dia 7	Organize o ambiente	Dia 28	Prepare-se para pesar
Dia 8	Arrume tempo e energia	Dia 29	Resista a quem insiste para você comer
Dia 9	Escolha um plano de exercícios	Dia 30	Mantenha o controle quando estiver comendo fora
Dia 10	Estabeleça metas realistas	Dia 31	Decida sobre bebidas alcoólicas
Dia 11	Diferencie fome e desejo incontrolável de comer	Dia 32	Prepare-se para viajar
Dia 12	Pratique a tolerância à fome	Dia 33	Elimine a alimentação emocional
Dia 13	Supere o desejo por comida	Dia 34	Resolva os problemas
Dia 14	Planeje o dia de amanhã	Dia 35	Prepare-se para pesar
Dia 15	Monitore sua alimentação	Dia 36	Acredite em você
Dia 16	Evite a alimentação não planejada	Dia 37	Reduza o estresse
Dia 17	Acabe com os excessos alimentares	Dia 38	Aprenda a lidar com o platô
Dia 18	Modifique sua sensação de saciedade	Dia 39	Mantenha os exercícios
Dia 19	Pare de se enganar	Dia 40	Enriqueça sua vida
Dia 20	Volte aos trilhos	Dia 41	Faça uma nova lista de tarefas
Dia 21	Prepare-se para pesar	Dia 42	Pratique, pratique, pratique

O programa proposto nesta dissertação foi estruturado em 13 encontros semanais (duração de três meses), considerando o tempo descrito na literatura como suficiente para mudanças no perfil antropométrico e bioquímico, bem como na viabilidade de desenvolvimento de um programa em instituição pública que tem alta demanda para

atendimento. Os encontros foram planejados para durar aproximadamente uma hora e 30 minutos, e esse tempo foi cumprido ao longo de sua execução. A descrição de cada encontro é apresentada a seguir:

### **Encontro 1: Convite e repasse de informações sobre o programa**

**Atividades:** As pacientes previamente contatadas receberam o convite para participação no programa, mediante a entrega e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B). Tratou-se de um encontro individual, no qual foi realizado a anamnese inicial (Anexo D) que incluiu: questionário sociodemográfico, anamnese alimentar, aferição de dados antropométricos e pedido de coleta de sangue para realização de exames bioquímicos.

**Instrumentos e materiais:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), Questionário de Frequência Alimentar (Anexo E), formulário do Recordatório Alimentar 24 horas (Anexo F), formulário para Registro Alimentar de três dias (Anexo G), balança antropométrica, estadiômetro, fita antropométrica, material para coleta de sangue e avaliação bioquímica.

### **Encontro 2: Integração do grupo**

**Atividades:** Primeiro encontro do grupo, no qual foi realizada uma dinâmica de apresentação de seus membros (colocou-se no chão figuras variadas de praia, campo, festa, leitura, namoro, dentre outras, e cada participante deveria escolher uma figura para se apresentar, falando seu nome, estado civil, número de filhos, por que escolheu a figura e o que a motivou para se inscrever no programa). Após a apresentação inicial, foi feita uma discussão sobre as expectativas das participantes com o programa e foi realizada uma avaliação inicial dos conhecimentos do grupo acerca dos conceitos de alimentação saudável (Anexo J). Por fim, foi realizada a apresentação do programa pela pesquisadora, com uma exposição breve dos principais pressupostos teóricos do Programa Pense Magro (J.S Beck, 2009) e esclarecimentos sobre as atividades que seriam realizadas.

**Instrumentos e materiais:** Questionário sobre alimentação e emagrecimento (Anexo J) e material didático de apoio à exposição oral (Anexo I).

### **Encontro 3: Aprendendo o que é alimentação saudável**

**Atividades:** Encontro iniciado com discussão sobre obesidade, comportamento alimentar e alimentação saudável. Em seguida foi realizada uma exposição oral com

conceitos de alimentação saudável e apresentação da Pirâmide Alimentar, com ênfase nos principais pontos encontrados no questionário do Anexo J, respondido previamente pelas participantes. Após a exposição oral, foram trabalhadas as seguintes atividades do programa *Pense Magro* (J.S Beck, 2009): “Registre as vantagens de emagrecer”, “Elogie-se”, “Sente-se para comer”. Ao final do encontro, foi solicitado que as participantes estabelecessem uma lista de metas de mudanças no comportamento alimentar para tentarem realizar ao longo da semana. Ressalta-se também que, neste encontro, foram entregues orientações nutricionais específicas para diabetes e dislipidemias para as participantes que apresentaram alterações nos exames bioquímicos realizados na anamnese inicial.

**Instrumentos:** Guia Alimentar da População Brasileira (Brasil, 2005); Pirâmide Alimentar Adaptada à população brasileira (Philippi et al., 1999) e material didático de apoio à exposição oral (Anexo I).

#### **Encontro 4: Preparando o ambiente para mudanças**

**Atividades:** O encontro foi iniciado com uma revisão das atividades da semana anterior e das metas almeçadas pelas participantes, com posterior discussão das principais dificuldades encontradas. Foi realizada também uma exposição oral das seguintes atividades do Programa *Pense Magro* (J.S Beck, 2009): “Alimente-se devagar e conscientemente”, “Organize o ambiente”, “Arrume tempo e energia”.

**Instrumentos e materiais:** material didático de apoio à exposição oral (Anexo I).

#### **Encontro 5: Estabelecendo metas**

**Atividades:** O encontro foi iniciado com um roteiro de entrevista semiestruturada (Anexo K) com o grupo a respeito das principais dificuldades relatadas em relação ao processo de modificar a alimentação e cumprir as metas já traçadas nos encontros anteriores. Após a entrevista com o grupo foi realizada uma exposição oral com as seguintes atividades do Programa *Pense Magro* (J.S. Beck, 2009): “Escolha um plano de exercícios”, “Estabeleça metas realistas”. Posteriormente, os 10 passos para uma Alimentação Saudável (Brasil, 2005) foram apresentados e foi solicitado que as participantes anotassem ao lado de cada passo “Sim”, caso já estivesse realizando o proposto ou “Ainda não” caso ainda não estivesse seguindo a orientação. Foi orientado que as participantes escolhessem três passos que ainda não estavam seguindo para tentar cumprir por uma semana (até o próximo encontro). Ao final do encontro, combinou-se

com as mesmas, que na próxima semana o peso seria aferido e foi realizada uma exposição oral com a atividade do Programa Pense Magro “Prepare-se para pesar”.

**Instrumentos e materiais:** Entrevista semiestruturada (Anexo K). Gravador de áudio e material didático de apoio à exposição oral (Anexo I).

### **Encontro 6: Planejando a alimentação**

**Atividades:** O encontro foi iniciado com a aferição do peso das participantes. Em seguida foram discutidas as atividades do último encontro (quais passos cada participante escolheu seguir e como estava o planejamento da atividade física). Posteriormente, houve a exposição oral da atividade “Planeje o dia de amanhã” do Programa Pense Magro (J.S Beck, 2009) e as participantes receberam um formulário para elaboração de um plano alimentar equilibrado de aproximadamente 1800 Kcal com lista de substituições (Anexo L), baseado na Pirâmide Alimentar (Philippi et al., 1999). Foi solicitado que cada participante elaborasse seu próprio plano alimentar no formulário, de acordo com as suas preferências alimentares, possibilidades de acesso aos itens e nos conceitos de alimentação saudável discutidos nos encontros anteriores. Ao final da atividade, a pesquisadora verificou os cardápios elaborados pelas participantes, e esses foram compartilhados entre o grupo com intuito de oferecer diferentes opções para as refeições e evitar a monotonia alimentar.

**Instrumentos e materiais:** Pirâmide Alimentar adaptada para população brasileira (Philippi, et al., 1999), formulário para elaboração de um plano alimentar com lista de substituições (Anexo L). Material didático de apoio à exposição oral (Anexo I).

### **Encontro 7: Superando a fome e os desejos por comida**

**Atividades:** No início do encontro foi realizada uma retomada dos encontros anteriores, destacando a importância de cada um dos aspectos já tratados. Houve um espaço para que as participantes discutissem como estava a adesão ao plano alimentar elaborado na última semana e foi realizada uma entrevista com o grupo a respeito das principais dificuldades encontradas até o momento. Em seguida, iniciou-se uma discussão sobre restrição alimentar, tolerância à fome, desejos por comida e as seguintes atividades do Programa Pense Magro (J.S Beck, 2009) foram expostas: “Diferencie fome e desejo incontrolável de comer”, “Pratique a tolerância à fome”, “Supere o desejo incontrolável por comida”.

**Instrumentos e materiais:** Gravador de áudio e material didático de apoio à exposição oral (Anexo I).

### **Encontro 8: Aprendendo a se auto avaliar**

**Atividades:** Foi realizada uma dinâmica com registro alimentar das participantes (entregues para pesquisadora após anamnese inicial e digitados pela mesma) onde todos os registros alimentares foram entregues sem identificação, juntamente com um roteiro de análise (Anexo M), e então, avaliados pelos membros do grupo. Na atividade, as participantes foram solicitadas a identificar os principais erros alimentares cometidos pelos outros e fazer sugestões de modificações. Após a atividade, foi discutido no grupo, as mudanças de comportamentos já realizadas por elas, com intuito de reforçar a autoconfiança e planejar futuras transformações e estratégias para manutenção das mesmas.

**Instrumentos e materiais:** Registros alimentares das participantes do grupo e formulário de orientação para análise dos registros (Anexo M).

### **Encontro 9: Evitando os excessos**

**Atividades:** O encontro foi iniciado com a distribuição de um folheto que continha a seguinte pergunta: descreva três situações em que você considere muito difícil permanecer na dieta. Após responderem à pergunta, foi orientado que as participantes sugerissem, umas às outras, possíveis estratégias para evitar os excessos alimentares nas situações relatadas. Após a atividade, a pesquisadora realizou uma exposição oral das seguintes atividades do Programa Pense Magro (J.S Beck, 2009): “Evite a alimentação não planejada” e “Acabe com os excessos alimentares”, “Modifique sua sensação de saciedade”.

**Instrumentos e materiais:** Folheto com a pergunta “descreva três situações em que você considere muito difícil permanecer na dieta” e material didático de apoio à exposição oral (Anexo I).

### **Encontro 10: Lidando com a decepção**

**Atividades:** O tema do encontro foi pautado na decepção que muitas pessoas que estão fazendo dieta sentem quando não perdem o peso esperado e se sentem desanimadas com o programa. Foi realizada uma conversa entre a pesquisadora e o grupo sobre o tema, na qual as participantes contaram suas experiências (atuais e prévias) e, em seguida a

pesquisadora realizou uma exposição oral das seguintes atividades do Programa Pense Magro (J.S Beck, 2009): “Diga paciência para decepção”, “Contrarie a síndrome da injustiça” e “Saiba lidar com o desânimo”

**Instrumentos e materiais:** material didático de apoio à exposição oral (Anexo I).

### **Encontro 11: Mantendo-se firme**

**Atividades:** No início do encontro, cada participante trouxe por escrito a sua receita favorita (conforme solicitado pela pesquisadora previamente) e o grupo adaptou as receitas para uma forma mais saudável. Algumas receitas foram recolhidas pela pesquisadora, para que a mesma encontrasse preparações semelhantes com características mais saudáveis e entregasse ao grupo posteriormente. Ao final, todas as receitas foram distribuídas para os membros do grupo. Nesse encontro também foram discutidos fatores sociais que influenciam o comportamento alimentar e a importância de se voltar para o planejamento alimentar, após ocasiões em que não foi possível realizá-lo. Para tanto, foram utilizadas as atividades do Programa Pense Magro (J.S Beck, 2009): “Resista a quem insiste para você comer” e “Volte aos trilhos”.

**Instrumentos e materiais:** Receitas trazidas pelas participantes e material didático de apoio à exposição oral (Anexo I).

### **Encontro 12: Confraternização**

**Atividades:** Tratou-se do último encontro do grupo, no qual foi realizado a entrevista final, ocasião em que as participantes relataram suas opiniões a respeito do programa e receberam orientações da pesquisadora por uma entrevista semiestruturada. Após essa etapa, foi promovido um café da manhã coletivo com todas as participantes dos grupos.

**Instrumentos e materiais:** Entrevista Semiestruturada de Avaliação Final do Programa (Anexo H).

### **Encontro 13: Anamnese final**

**Atividades:** Tratou-se de um encontro individual, no qual foi realizado, novamente, a anamnese alimentar, aferição de dados antropométricos, coleta de sangue para realização de exames bioquímicos e entrevista final para avaliação do programa individualmente.

**Instrumentos e materiais:** formulário do Recordatório Alimentar 24 horas (Anexo F), formulário para Registro Alimentar de três dias (Anexo G), balança antropométrica,

estadiômetro, fita antropométrica, material para coleta de sangue e avaliação bioquímica e Entrevista Semiestruturada de Avaliação Final do Programa (Anexo H).

### **6.7 Aspectos Éticos**

A atual pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs) da SES-DF, que emitiu parecer favorável a sua execução (Anexo N) com número de protocolo 570/11.

Cabe ressaltar que todas as informações relevantes à saúde e alimentação saudável foram repassadas às participantes do GC, respeitando a Resolução 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

### **6.8 Análise dos dados**

Para análise quantitativa, os dados dos três grupos experimentais foram agrupados e compuseram um único grupo. Para comparação das médias das medidas bioquímicas e antropométricas entre os grupos experimental e controle, no momento inicial do protocolo, foi empregado o Teste *t* de Student para as variáveis que apresentavam distribuição gaussiana em ambos os grupos. Para o caso em que a variável não apresentasse essa distribuição, em ambos os grupos foi empregado o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Para a avaliação do efeito do programa proposto após o período de três meses e comparação com o grupo controle, foram testadas medidas longitudinais entre grupos e inter grupos, com o uso de modelos de efeitos mistos de análise de variância com medidas repetidas. Uma análise de resíduo foi realizada para cada medida para verificar se os resíduos do modelo apresentavam distribuição gaussiana com variância constante. No caso em que essas suposições não eram verificadas uma transformação logarítmica neperiana foi empregada. Para efeito de análise usou-se um nível de significância de 5 %. Os dados foram analisados pelo aplicativo SAS 9.2.

As entrevistas gravadas nos encontros cinco, sete e 12 foram transcritas com a ajuda de duas auxiliares de pesquisa e analisadas qualitativamente com definição de unidades temáticas, conforme a metodologia proposta por Bardin (2010).



## **CAPÍTULO 7**

### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados e discussão da atual pesquisa foram divididos em cinco tópicos. O primeiro apresenta a caracterização da amostra a partir do perfil sociodemográfico, antropométrico e metabólico. O segundo discute o perfil das práticas alimentares das participantes do programa através dos resultados obtidos com os inquéritos alimentares utilizados durante a investigação. O terceiro tópico trata da avaliação da efetividade do programa, realizada com a análise dos dados estatísticos obtidos com a comparação dos resultados antropométricos e bioquímicos entre o GE e o GC. O quarto item discute os fatores que facilitam e dificultam a perda de peso e a mudança de hábitos alimentares por meio da análise de conteúdo das entrevistas realizadas nos encontros cinco, sete e 12. Por fim, o quinto tópico apresenta a avaliação do programa proposto nesta dissertação sobre a perspectiva das participantes.

#### **7.1 Caracterização da amostra**

Inscreveram-se no programa 51 mulheres, que iniciaram a participação no GE mediante a realização da anamnese inicial. Ao longo do desenvolvimento das atividades propostas, 28 desistiram e após os três meses de realização do programa, 23 permaneceram no grupo e realizaram a anamnese final, o que correspondeu a 45% do total inicial. Adicionalmente, 16 mulheres participaram do GC. Assim, este estudo contou com a participação total de 39 mulheres, das quais, 23 participaram no GE, e 16 no GC.

Como ressaltado no Capítulo 6, para o acompanhamento das mulheres do GC foram adotados os protocolos já existentes na instituição, o que impossibilitou a comparação de todos os dados entre o GC e o GE. Apesar dessa limitação no estudo, optou-se por manter o GC e trabalhar com os dados passíveis de comparação, para melhor apreciação da efetividade do programa. Assim, para análise dos resultados dessa pesquisa, foram comparados os dados antropométricos e bioquímicos entre o GC e o GE. Os dados sociodemográficos e das práticas alimentares foram analisados apenas do GE, em função de não comporem os protocolos institucionais.

##### **7.1.1 Perfil sociodemográfico do GE**

Em relação ao estado civil, das 23 participantes do GE, 78,3% eram casadas (n=18), 17,4% solteiras (n=4) e 4,3% divorciadas (n=1). A média de idade da amostra foi de 42,9 anos, com a idade mínima de 22 anos e a máxima de 59 anos.

A Tabela 5 apresenta dados da escolaridade, ocupação e renda das participantes:

Tabela 5:  
*Escolaridade, ocupação e renda mensal das participantes*

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental incompleto	4	17,4
Fundamental completo	2	8,7
Médio completo	10	43,5
Superior incompleto	4	17,4
Superior completo	3	13,0
Total:	23	100,0
<b>Ocupação</b>		
Do lar	5	21,7
Auxiliar de enfermagem	5	21,7
Técnica administrativa	4	17,4
Enfermeira	2	8,7
Auxiliar da lavanderia	2	8,7
Auxiliar de Serviço Social	1	4,3
Assistente social	1	4,3
Agente de portaria	1	4,3
Faxineira	1	4,3
Servente	1	4,3
Total:	23	100
<b>Renda mensal</b>		
Até 1000 reais	3	13,0
Entre 1.000 e 3.000 reais	3	13,0
Entre 3.000 e 6.000 reais	8	34,8
Entre 6.000 e 9.000 reais	6	26,1
Entre 9.000 e 12.000 reais	3	13,0
Mais de 12.000 reais	0	0,0
Total	23	100,0

No quesito escolaridade, a amostra da atual pesquisa se apresentou de forma heterogênea. A heterogeneidade da amostra evidencia um dos desafios da área de educação em saúde, especialmente em grupo, que se constitui em trabalhar com pessoas com diferentes graus de instrução. Neste estudo, apenas uma participante se declarou como analfabeta na anamnese inicial, e optou-se por mantê-la na amostra, com intuito de verificar se essa condição poderia ser um determinante na adesão do programa. Essa participante se manteve no grupo mostrando que o grau de instrução, nesta pesquisa, não foi um fator que comprometeu adesão.

É possível observar que parte considerável da amostra trabalha na área da saúde. Isso pode ser explicado pelo fato de que a divulgação da pesquisa foi iniciada no hospital em que a mesma foi realizada, e apesar do estudo não ter tido como objetivo recrutar funcionários do local, muitas servidoras se interessaram e se inscreveram. Vale destacar,

que das 23 participantes que concluíram o programa ao final de três meses, 78,3% (n=18) eram funcionárias do hospital, corroborando dados de que programas de educação nutricional no local de trabalho podem aumentar a adesão.

Nesse aspecto, Groeneveld et al. (2010), em uma revisão sistemática encontraram fortes evidências da eficácia de programas no local de trabalho na redução do peso e gordura corporal em populações com alto risco cardiovascular. Tais dados sugerem que intervenções nos locais de trabalhos podem ser arenas ideais para alcançar populações com excesso de peso, visto que podem facilitar a presença em programas de promoção de saúde.

A renda mensal média foi de 5.042,17 reais, com a renda mínima de 620,00 reais e a máxima de 12.000,00 reais. A grande diferença entre as rendas mínima e máxima evidencia a não homogeneidade da amostra em relação ao status socioeconômico, dado consonante com a situação vigente de desigualdade econômica no Brasil.

### 7.1.2 Perfil antropométrico e metabólico das participantes

A Tabela 6 apresenta as médias das variáveis que compõem o perfil antropométrico e metabólico inicial das participantes do GC e do GE.

Tabela 6  
*Perfil Antropométrico e Bioquímico Inicial das Participantes:*

Variável	Grupo				p-valor
	Controle		Experimental		
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
Peso	76,53	14,68	82,43	15,00	0,2299
CA	101,28	8,23	105,57	12,77	0,2455
IMC	32,13	5,43	31,60	3,83	0,7196
Glicose em jejum	92,69	17,51	99,17	22,67	0,3678
CT	195,19	34,83	184,43	48,47	0,4521
TG	133,06	34,60	181,39	126,97	0,3460
LDL-C	125,88	30,93	106,70	34,89	0,0854
HDL-C	41,63	8,25	41,35	8,36	0,9190
PAS	135,56	29,01	126,17	19,64	0,3099
PAD	88,88	11,19	82,04	13,09	0,0978

*Nota.* CA = circunferência abdominal. PAS = pressão arterial sistólica. PAD = pressão arterial diastólica

A análise estatística para comparação das médias de medidas bioquímicas e antropométricas entre o GC e o GE evidenciou que essas médias não diferiram entre os grupos, antes da intervenção conforme mostra a Tabela 6.

A maioria da amostra dos dois grupos apresentava quadro de sobrepeso e obesidade grau 1 no início do programa, conforme apresentado na Tabela 7.

Tabela 7  
*Classificação do IMC Inicial das Participantes*

Classificação do IMC	Grupo Experimental		Grupo Controle	
	n	%	n	%
Sobrepeso	8	34,8	7	36,8
Obesidade grau 1	9	39,1	6	31,5
Obesidade grau 2	6	26,1	5	26,3
Obesidade grau 3	0	0,0	1	5,3
Total	23	100,0	19	100,0

Esse dado confirma a importância da realização de programas de educação em saúde que propõem a mudança da alimentação e outros hábitos que acarretam no ganho de peso, uma vez que a indicação terapêutica para obesos leves se constitui na realização de programas abrangentes que englobem a mudança no estilo de vida. O tratamento cirúrgico da obesidade é reservado para pacientes com obesidade grau 3 ou com obesidade grau 2 associada a outros fatores de risco cardiovascular, que tenham apresentado insucesso na perda ponderal após participação nesses programas (Escott-Stump & Mahan, 2005).

No tocante à distribuição da gordura corporal, 100% da amostra do GE e do GC apresentaram CA superior a 88 cm no momento inicial da coleta de dados. A média da CA entre as mulheres do GE foi de 105,5cm e do GC de 101 cm.

A pressão arterial da maioria das mulheres do GE foi classificada como ótima ou normal, de acordo com os critérios da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010). Em contrapartida, no GC a maioria das mulheres apresentava hipertensão em estágios 1 a 3, conforme apresentado na Tabela 8. No entanto, ressalta-se que essa diferença entre os grupos no momento inicial do protocolo (Tabela 6) não foi considerada estatisticamente significativa.

Tabela 8  
*Classificação da PA Inicial das Participantes*

Classificação da PA	Grupo Experimental		Grupo Controle	
	n	%	n	%
Ótima	9	39,1	3	18,8
Normal	5	21,7	3	18,8
Limítrofe	5	21,7	1	6,3
Hipertensão estágio 1	1	4,3	7	43,8
Hipertensão estágio 2	2	8,7	0	0,0
Hipertensão estágio 3	1	4,3	2	12,5
Hipertensão sistólica isolada	0	0,0	0	0,0
Total	23	100,0	16	100,0

Considerando que o incremento de  $2,4\text{kg/m}^2$  no IMC acarreta um maior risco de desenvolvimento de hipertensão (Sociedade Brasileira de Cardiologia, et al., 2010) e que cada um Kg de peso perdido atua na queda de 1,6 a 1,3 mmHg nas pressões sistólica e diastólica, respectivamente (Galvão & Kohlmann, 2002), os dados referentes ao perfil de PA das participantes evidencia a importância de programas de prevenção e tratamento do excesso de peso para controle da HAS.

Nesse sentido, Lessa (2006) adverte a respeito do elevado ônus social e econômico ao setor saúde advindo da não adesão ao tratamento da HAS e ressalta que muitos fatores de risco para hipertensão são modificáveis, especialmente no que tange o tratamento da HAS associada à obesidade, que a torna evitável na maioria dos casos ou com alta probabilidade de controle, se já presente, evitando grande parte de suas complicações e do seu impacto social.

No que diz respeito ao perfil lipídico inicial das participantes, apresentado na Tabela 9, é possível observar que a maioria das mulheres, tanto no GE quanto no GC, apresentavam dislipidemia caracterizada pelo HDL-c baixo. Essa particularidade pode ser, em parte, explicada pelo fato de que a maioria da amostra era sedentária. Das mulheres do GE, 73,9% (n=17) declararam na anamnese inicial que não realizavam atividade física regular, e 81,2% (n=13) das mulheres do GC, de forma semelhante, afirmaram ser sedentárias.

Tabela 9  
*Classificação do Perfil Lipídico Inicial das Participantes*

Classificação do perfil lipídico	Grupo Experimental		Grupo Controle	
	n	%	n	%
Normal	2	8,7	1	6,3
Hipercolesterolemia isolada	0	0,0	0	0,0
Hipertrigliceridemia isolada	2	8,7	2	12,5
Hiperlipidemia mista	1	4,3	1	6,3
HDL-C baixo	18	78,3	12	75,0
Total	23	100,0	16	100,0

É importante destacar que a atividade física regular constitui medida auxiliar para o controle das dislipidemias e tratamento da doença arterial coronária, uma vez que a prática de exercícios físicos (especialmente aeróbios) promove redução dos níveis plasmáticos de TG e aumento dos níveis de HDL-C (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2007). Adicionalmente, como já exposto no Capítulo 2, o padrão alimentar dos indivíduos também é um fator que interfere no perfil lipídico, e considerações a esse respeito serão realizadas na seção 7.2, que trata dos hábitos alimentares da amostra estudada.

Em relação ao perfil glicêmico das participantes, a partir da análise da Tabela 10, é possível notar que a maioria das mulheres, tanto do GE quanto do GC, apresentavam glicemia de jejum dentro dos parâmetros da normalidade, enquanto que aproximadamente um quinto da amostra foi diagnosticado com tolerância à glicose diminuída.

Tabela 10  
*Classificação do Perfil Glicêmico em Jejum Inicial das Participantes*

Classificação do perfil glicêmico	Grupo Experimental		Grupo Controle	
	n	%	n	%
Glicemia normal	16	69,6	12	75,0
Tolerância à glicose diminuída	5	21,7	3	18,8
Diabetes Mellitus	2	8,7	1	6,3
Total	23	100,0	16	100,0

Esses dados reforçam o caráter preventivo de programas de emagrecimento direcionados à população com excesso de peso, uma vez que a literatura aponta que o risco de desenvolvimento de DM tipo 2 aumenta em cerca de 20% para cada  $1\text{kg}/\text{m}^2$  de aumento no IMC, e o IMC entre 27,2 e  $29,4\text{kg}/\text{m}^2$  aumenta o risco de desenvolvimento da doença em 100%, enquanto um  $\text{IMC} \geq 29,4\text{kg}/\text{m}^2$  aumenta esse risco em cerca de 300% (Lenz et al., 2009).

## **7.2 Perfil das práticas alimentares**

Como ressaltado no Capítulo 6, o perfil das práticas alimentares das participantes do GE foram analisados através de três instrumentos: o Questionário de Frequência Alimentar, o Registro Alimentar de Três Dias e o Recordatório 24h. Com o intuito de avaliar a adequação das práticas alimentares das participantes do GE, os dados obtidos através do Questionário de Frequência Alimentar foram comparados com as recomendações dos Dez Passos para Alimentação Saudável de Adultos (Brasil, 2005) e com as recomendações da Pirâmide Alimentar Adaptada para população brasileira (Philippi, et al., 1999).

O Recordatório 24h e os Registros Alimentares foram planejados para comparar as práticas alimentares das participantes, antes e depois da intervenção. No entanto, ao final da pesquisa, a adesão ao preenchimento dos Registros Alimentares foi muito baixa (apenas três participantes o fizeram), assim, optou-se por realizar a comparação das práticas alimentares somente através do Recordatório 24h. Os dados dos Registros Alimentares possibilitaram uma visão geral sobre as práticas alimentares das participantes. As próximas seções apresentam a análise dos resultados de cada instrumento de avaliação do consumo alimentar.

### **7.2.1 Questionário de Frequência Alimentar**

A Tabela 11 apresenta o percentual de participantes com consumo adequado em relação às recomendações citadas, em cada um dos grupos alimentares, analisados a partir dos resultados obtidos pelo Questionário de Frequência Alimentar. A classificação de adequação foi conferida apenas aos valores equivalentes ao estabelecido pelo Guia Alimentar da População Brasileira (Brasil, 2005) e pela Pirâmide Alimentar Adaptada para população brasileira (Philippi, et al., 1999).

O ponto de maior destaque obtido por esse instrumento foi o baixo consumo de frutas e hortaliças pela amostra estudada. Ao juntar esses dois grupos alimentares, é possível observar, que apenas 26,1% das participantes (n=12) apresentavam o consumo adequado. Esses dados são consonantes com estudos da população brasileira que apontam para o declínio na ingestão desses alimentos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). Uma pesquisa realizada nas 27 capitais brasileiras (Brasil, 2011) apontou que a frequência de adultos que consomem regularmente frutas e hortaliças foi de apenas 29,9%, sendo menor em homens (24,7%) do que em mulheres (34,4%).

Tabela 11  
*Adequação dos resultados obtidos no Questionário de Frequência Alimentar em relação às recomendações do Guia Alimentar da População Brasileira*

Recomendações de consumo	Não adequado	
	%	n
6 porções/dia de cereais e tubérculos	52,2	12
3 porções/dia de hortaliças	87,0	20
3 porções/dia de frutas	60,9	14
1 porção/dia de feijão	8,7	2
3 porções/dia de leite e derivados	52,2	12
1 porção/dia de carnes	65,2	15
1 porção/dia de óleo	78,3	18
Evitar doces e guloseimas*	52,2	12
Evitar bebidas adoçadas*	73,9	17
Evitar bebidas alcoólicas**	0,0	0

\* Foi considerado como não adequado o consumo igual ou superior a 2x/dia

\*\* Foi considerado como não adequado o consumo igual ou superior a 2x/semana

Segundo estimativas da OMS, o baixo consumo de frutas e hortaliças é responsável anualmente por 31% das doenças isquêmicas do coração e 11% das doenças cerebrovasculares ocorridas em todo o mundo (World Health Organization & Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2003). Adicionalmente, pesquisas recentes têm mostrado que a ingestão regular de frutas e hortaliças pode auxiliar no controle de peso, pois esses alimentos são ricos em água e fibras, e sua incorporação na dieta pode reduzir a densidade energética das refeições, promover a saciedade e diminuir o consumo calórico (Rolls, Ello-Martin, & Tohill, 2004; Sartorelli, Franco, & Cardoso, 2008).

Chama atenção que em relação à ingestão de cereais e tubérculos, 100% das participantes que apresentaram consumo inadequado (n=12), relataram ingestão inferior a seis porções/dia. Uma provável explicação para este resultado pode ser a tendência atual de substituição de refeições como almoço e jantar, onde o consumo de cereais e tubérculos é maior, por lanches compostos de alimentos industrializados. Levi-Costa, Sichieri, Pontes e Monteiro (2005), ao analisar a evolução da disponibilidade domiciliar de alimentos nas áreas metropolitanas do País, constataram aumentos de até 400% no consumo de produtos industrializados, como biscoitos e refrigerantes, bem como ingestão excessiva de açúcar e insuficiente de frutas e hortaliças.

Em contrapartida, a maioria da amostra relatou o consumo regular de feijão, sugerindo que ao menos uma refeição por dia ainda permanece com alimentos tradicionais da dieta brasileira. Esse dado é considerado positivo, uma vez que pesquisas populacionais



(Brasil, 2006; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010) têm demonstrado o declínio do consumo de arroz e feijão ao longo da última década, no Brasil. Além disso, o grupo de alimentos leguminosos (feijão, ervilha seca, grão-de-bico, lentilha, soja) contém alto teor em fibras e ferro, além de uma densidade energética relativamente baixa (desde que evitadas preparações com alto teor de gordura), o que contribui para uma alimentação saudável.

No que diz respeito ao consumo de alimentos do grupo de leite e derivados, a maioria da amostra apresentou ingestão insuficiente. Nesse quesito, o Ministério da Saúde ressalta que leite e derivados são fontes de proteínas, vitaminas e a principal fonte de cálcio da alimentação, nutriente fundamental para a formação e manutenção da massa óssea. O consumo desse grupo de alimentos é importante em todas as fases do curso da vida e os adultos devem preferir opções com baixo teor de gordura ou desnatadas, para evitar o excesso de peso e dislipidemias (Brasil, 2005).

A maioria das participantes relatou consumo inadequado de carnes (incluídos também nesse grupo frango, peixe e ovos). Dessas, 93,3% (n=14) consumiam mais de uma porção de carnes por dia, enquanto que 6,7% (n=1) consumiam menos de uma porção por dia. Nesse sentido, o Guia Alimentar para População Brasileira (Brasil, 2005) adverte que os alimentos de origem animal são nutritivos, desde que consumidos com moderação, devido ao alto teor de gorduras saturadas que aumentam o risco de desenvolvimento da obesidade, de doenças cardíacas e outras, incluindo alguns tipos de câncer. Segundo a OMS, as dislipidemias, causadas majoritariamente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal, determinam anualmente 4,4 milhões de mortes, sendo responsáveis por 18% das doenças cerebrovasculares e 56% das doenças isquêmicas do coração (World Health Organization & Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2003).

No tocante ao consumo de óleo, a maioria das participantes apresentou consumo excessivo, dentre essas, 38,9% (n=7) referiram o consumo de frituras de duas a quatro vezes por semana, 22,2% (n=4) de cinco a seis vezes por semana, 16,7% (n=3) informaram consumo diário de frituras e 22,2% (n=4) alegaram que apesar de não consumirem fritura com frequência, utilizavam grandes quantidades de óleo na preparação dos alimentos. Esses dados apontam para o alto risco cardiovascular advindo dessas práticas alimentares, uma vez que os ácidos graxos poliinsaturados, presente nos óleos vegetais, possuem o inconveniente de induzir maior oxidação lipídica e diminuir o HDL-C quando utilizados em grande quantidade (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2001).

Outro ponto de destaque referente às práticas alimentares das participantes foi o alto percentual de mulheres que consumiam doces, guloseimas e bebidas adoçadas em excesso. Esses dados são semelhantes aos estudos de base populacional, que apontam que o padrão da alimentação da população brasileira tem se caracterizado por diminuição dos alimentos básicos e pelo aumento do consumo de alimentos industrializados ricos em gordura, açúcar e sal (Brasil, 2006). Do ponto de vista da obesidade, sabe-se que o crescimento na oferta de refeições rápidas (*fast food*) e a ampliação do uso de alimentos industrializados são fatores associados à dieta que contribuem para o aumento do excesso de peso (Mendonça & Anjos, 2004).

Das 17 participantes que referiram alto consumo de bebidas adoçadas, 53% (n=9) consumiam de duas a três vezes ao dia, 23,5% (n=4) consumiam de quatro a cinco vezes por dia e 23,5% (n=4) faziam esse consumo seis ou mais vezes por dia. Esses dados apontam hábitos de risco para o desenvolvimento da obesidade, visto que pesquisas recentes têm mostrado uma associação positiva entre o consumo excessivo dessas bebidas com o excesso de peso (Apovian, 2004; Hu & Malik, 2010; Malik et al., 2010). Ao avaliar a associação do consumo regular de bebidas adoçadas com a obesidade, Malik et al. (2010) concluíram, após a realização de uma metanálise, que além do ganho de peso, o maior consumo de bebidas adoçadas está associado com o desenvolvimento de síndrome metabólica e diabetes tipo 2. Estes dados fornecem evidências empíricas de que a ingestão de bebidas adoçadas deve ser limitada para reduzir a obesidade e o risco de doenças metabólicas crônicas.

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, nenhuma participante relatou ingestão excessiva. Das 23 mulheres, 82,6% (n=19) referiram que não faziam uso dessas bebidas nunca, 4,4% (n=1) referiram ingestão de uma a três vezes por mês e 13% (n=3) referiram consumo de uma vez por semana. Esses dados estão em consonância com a recomendação dos Dez Passos para uma Alimentação Saudável (Brasil, 2005) que recomenda que as pessoas evitem o consumo de bebidas alcoólicas.

### **7.2.2 Recordatório Alimentar de 24h**

A Tabela 12 apresenta a comparação dos valores médios dos dados nutricionais obtidos a partir do Recordatório 24h aplicado no GE, antes e depois da intervenção.

Tabela 12  
*Ingestão Energética e de Macronutrientes Antes e Após a Intervenção:*

Variável	Momento	Média	Desvio Padrão	Diferença entre Médias	p-valor
Energia (Kcal)	Pré	2142,3	523,2	501,9	<b>0,0013</b>
	Pós	1640,4	490,4		
% de carboidratos	Pré	55,2	5,1	6,8	<b>0,0019</b>
	Pós	48,4	10,5		
% de proteínas	Pré	15,3	3,7	-2,6	<b>0,0259</b>
	Pós	17,8	5,2		
% de lipídeos	Pré	29,5	5,1	-3,8	0,1051
	Pós	33,3	8,9		
Fibras (g)	Pré	13,4	7,4	4,1	<b>0,0074</b>
	Pós	9,3	3,8		

Após a intervenção, as participantes apresentaram uma redução significativa no consumo calórico total, no percentual de carboidratos e fibras ingeridas. A redução média observada na ingestão calórica diária se aproxima do valor preconizado pela literatura para redução gradual de peso. Grundy et al. (2004) afirmam que a forma mais eficaz e saudável para a perda de peso a longo prazo são planos alimentares com restrição calórica moderada, de 500 a 1000 Kcal por dia, pois dietas com restrição calórica severa ou com redução drástica de um nutriente representam um risco à saúde e são de difícil adesão a longo prazo por promoverem redução de peso com perdas de massa muscular, água e eletrólitos.

A redução significativa observada no percentual de consumo de carboidratos pode ter ocorrido pela assimilação das informações disponibilizadas ao longo dos encontros sobre a importância de se reduzir o consumo de bebidas adoçadas e considerar o tamanho e quantidade das porções dos diferentes grupos alimentares, o que pode ter influenciado na redução da quantidade de diversos alimentos. Vale lembrar que o consumo excessivo de bebidas adoçadas era um hábito comum entre as participantes, e por esse motivo foi um tema enfatizado nos encontros.

A redução significativa na quantidade consumida de fibra alimentar é considerada um resultado negativo do ponto de vista de uma alimentação saudável. O Guia Alimentar da População Brasileira (Brasil, 2005) recomenda um consumo diário mínimo de aproximadamente 25g de fibras alimentares. É possível observar que o consumo de fibras já era baixo entre as participantes no início da pesquisa, e essa média ainda foi reduzida significativamente ao final do programa. É provável que muitas participantes tenham

optado pelo consumo de alimentos refinados presentes nas listas de substituição, ao invés de suas versões integrais.

Em contrapartida, houve um aumento significativo no percentual de ingestão proteica e o percentual de consumo de lipídios não diferiu de forma significativa, antes e após a intervenção. Esse resultado sugere que as participantes tenham aumentado o consumo de alimentos proteicos (leite e derivados e carnes) em suas versões com teor menor de gordura, o que auxilia na prevenção de danos cardiovasculares.

Vale destacar, que o Recordatório 24h, quando aplicado apenas uma vez, não é representativo dos hábitos alimentares, uma vez que existe uma variabilidade na ingestão alimentar de um dia para o outro, no entanto, é um instrumento frequentemente utilizado com fins comparativos.

### **7.2.3 Registros Alimentares**

Como já ressaltado no início desta seção, a adesão ao preenchimento dos Registros Alimentares ao final da pesquisa foi muito baixa (n=3), impossibilitando a comparação dos dados através desse instrumento antes e depois da intervenção. Como a adesão ao preenchimento dos registros foi mais alta (n=14) no momento inicial do protocolo, optou-se por utilizá-los para complementar os dados referentes ao perfil das práticas alimentares das participantes. A Tabela 13 apresenta os valores nutricionais encontrados nesses registros.

É possível notar que algumas participantes apresentaram uma alta variação calórica de um dia para o outro, enquanto outras exibiram variações mais estáveis. A média dos valores de carboidratos, proteínas e lipídios se mostraram próximas às recomendações nutricionais. No entanto o consumo de fibras alimentares, assim como evidenciado nos Recordatórios 24h, se mostrou muito abaixo da recomendação de 25g por dia, apontando para a necessidade de se enfatizar a importância do aumento desse consumo em programas de educação nutricional.

Tabela 13  
*Média Energética e de Porcentagem de Macronutrientes e Fibras dos Registros Alimentares no Momento Inicial da Pesquisa*

<b>Participante</b>	<b>VC (Kcal)</b>	<b>CHO (%)</b>	<b>PTN (%)</b>	<b>LIP (%)</b>	<b>Fibra (g)</b>
1	2100	50	21	26	12
2	2386	50	22	28	9
6	1991	39	22	39	10
8	1643	61	17	22	22
10	1286	53	22	25	11
11	2376	59	17	24	21
14	2491	61	15	23	15
16	2653	56	13	31	18
20	1468	54	18	25	11
26	1951	60	17	23	11
27	2392	52	13	35	11
32	2268	48	25	26	12
37	1577	57	14	29	6
<b>Média</b>	<b>2044,8</b>	<b>53,8</b>	<b>18,2</b>	<b>27,4</b>	<b>13</b>

Nota. VC= valor calórico. CHO = carboidratos. PTN = proteínas. LIP = lipídios

### 7.3 Avaliação da efetividade do programa

Com o intuito de avaliar a efetividade do programa de educação nutricional proposto em relação ao atendimento nutricional tradicional do ambulatório do serviço onde a pesquisa foi realizada, os dados antropométricos (peso, IMC e circunferência abdominal), bioquímicos (lipídios séricos e glicose em jejum) e pressão arterial (sistólica e diastólica), foram comparados entre o GE e o GC, antes e depois do programa conforme análise estatística descrita no Capítulo 6. A Tabela 14 apresenta esses resultados.

A partir da análise da Tabela 14 é possível concluir que no GC ocorreu uma diminuição no valor médio do peso de 0,9 Kg ao longo dos três meses, valor que não foi significativo. No GE a diminuição do peso foi de 2,03 Kg, no mesmo período, valor que foi estatisticamente significativo. No entanto, ao comparar a mudança média do peso ao longo dos três meses entre o GC e o GE, foi verificado que o valor não diferiu de forma estatisticamente significativa entre os grupos, ou seja, o comportamento médio do peso ao longo tempo não diferiu entre os dois grupos, mostrando que o programa proposto no final do acompanhamento não causou uma redução significativa no peso, quando comparado com o GC ao final do acompanhamento. Um padrão semelhante foi observado com os dados de IMC.

Tabela 14  
 Comparações inter e intra grupos para medidas antropométricas e bioquímicas

Variável	Grupo		Entre Grupos			
	Controle	Experimental	Média (Desvio Padrão)	p-valor <sup>#</sup>	Diferença entre grupos	p-valor <sup>§</sup>
<b>Peso</b>						
Antes	76,53 (14,68)	82,43 (15,00)				
Depois	75,63 (15,70)	80,40 (14,31)				
Diferença	-0,90 (2,52)	0,1675	-2,03 (2,58)	<b>0,0005</b>	1,13 (2,59)	0,1827
<b>IMC</b>						
Antes	32,13 (5,43)	31,60 (3,83)				
Depois	31,76 (5,91)	30,90 (3,74)				
Diferença	-0,37 (0,96)	0,1449	-0,70 (1,03)	<b>0,0020</b>	0,325 (1,01)	0,3280
<b>CA</b>						
Antes	101,28 (8,23)	105,57 (12,77)				
Depois	100,13 (10,34)	102,09 (11,59)				
Diferença	-1,15 (2,90)	0,2167	-3,48 (4,13)	<b>&lt; 0,0001</b>	2,32 (3,81)	0,0603
<b>Glicose (Log)</b>						
Antes	4,51 (0,18)	4,58 (0,20)				
Depois	4,52 (0,16)	4,55 (0,22)				
Diferença	0,01 (0,07)	0,8009	-0,03 (0,12)	0,1771	0,04 (0,11)	0,2887
<b>Colesterol Total</b>						
Antes	195,19 (34,83)	184,43 (48,47)				
Depois	196,63 (40,16)	185,48 (44,83)				
Diferença	1,44 (21,51)	0,8325	1,04 (30,17)	0,8539	0,39 (26,64)	0,9645
<b>HDL-C</b>						
Antes	41,63 (8,25)	41,35 (8,36)				
Depois	42,25 (7,03)	40,91 (7,92)				
Diferença	0,62 (2,25)	0,5643	-0,43 (5,26)	0,6304	1,09 (4,27)	0,4536
<b>LDL-C</b>						
Antes	125,88 (30,93)	106,70 (34,89)				
Depois	127,38 (30,67)	109,78 (39,43)				
Diferença	1,50 (15,73)	0,7672	3,09 (22,62)	0,4664	-1,59 (19,87)	0,8099
<b>TG (Log)</b>						
Antes	4,86 (0,28)	4,99 (0,68)				
Depois	4,82 (0,26)	4,93 (0,65)				
Diferença	-0,03 (0,15)	0,6580	-0,06 (0,34)	0,3100	0,03 (0,28)	0,7533
<b>Pressão Sistólica (Log)</b>						
Antes	4,89 (0,18)	4,83 (0,15)				
Depois	4,92 (0,18)	4,82 (0,14)				
Diferença	0,03 (0,07)	0,1098	0,00 (0,07)	0,8670	0,03 (0,07)	0,1800
<b>Pressão Diastólica</b>						
Antes	88,88 (11,19)	82,04 (13,09)				
Depois	91,31 (11,86)	81,61 (11,84)				
Diferença	2,44 (7,84)	0,1170	-0,43 (4,48)	0,7334	2,87 (6,16)	0,1548

Nota. CA= circunferência abdominal. § p-valores para comparação entre grupos foram calculados com o uso de modelos de efeitos mistos de análise de variância com medidas repetidas. # p-valores para comparação intra grupo foram calculados com o uso de modelos de efeitos mistos de análise de variância com medidas repetidas. Valores de  $p \leq 0,05$  estão em negrito.

No que diz respeito ao acúmulo de gordura na região abdominal, no GC a redução média da circunferência abdominal durante o acompanhamento foi de 1,15 cm, valor que não foi considerado significativo. Já no GE, a redução média da circunferência abdominal durante os três meses foi de 3,48 cm, valor estatisticamente significativo. No entanto, assim como os outros dados antropométricos, ao comparar a redução da circunferência abdominal entre os dois grupos o valor encontrado não foi significativo, mostrando que, ao final do acompanhamento, o programa proposto não causou uma redução estatisticamente significativa na circunferência abdominal.

No presente estudo, após três meses de intervenção, o GE apresentou uma redução do peso de 2,03 Kg, no IMC de 0,70 kg/m<sup>2</sup> e na circunferência abdominal de 3,48 cm. Ao comparar as diferenças nos dados antropométricos após a intervenção averiguados na atual pesquisa com outros estudos com metodologias semelhantes, percebe-se que as investigações nessa área são heterogêneas, o que dificulta a comparação dos resultados. No estudo de Christensen et al. (2011), que também teve duração de três meses, a perda de peso média constatada no GE foi de 3,6 kg e a redução da circunferência abdominal foi de 4,2 cm.

Em outras pesquisas com duração maior, de 24 meses, foi possível averiguar que as reduções nas medidas antropométricas foram maiores. No ensaio clínico de Appel et al. (2011) a redução de peso do grupo controle foi de 0,8 kg, do grupo experimental que recebeu apoio à distância foi de 4,6 kg e do grupo experimental que recebeu apoio presencial foi de 5,1 kg. De forma semelhante, a pesquisa de Wadden et al. (2011), também com duração de 24 meses evidenciou redução de 1,6 kg no grupo controle, 2,9 kg no grupo experimental que recebeu aconselhamento breve e 4,6kg no grupo experimental que recebeu um aconselhamento aprimorado. Já no estudo de Munsch et al. (2003), apesar da duração ter sido menor, de 12 meses, a redução de peso verificada no grupo experimental foi de 4,7 kg, o que representou uma redução média do IMC de 1,8 kg/m<sup>2</sup>.

Em relação aos exames bioquímicos, foi verificado que a glicose de jejum e os lipídios séricos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas nem intra grupo nem entre os grupos, evidenciando que o programa proposto não causou uma alteração significativa nesses parâmetros, quando comparado ao GC ao final do acompanhamento.

Uma possível explicação para esses resultados pode estar relacionada ao uso da lista de substituições de forma inadequada. Apesar das participantes terem sido orientadas sobre aspectos qualitativos relacionados à alimentação, é possível que alimentos de origem animal, com maior teor de gorduras saturadas tenham sido priorizados em detrimento de

alimentos ricos em gorduras monoinsaturadas, devido aos hábitos alimentares prévios das participantes (relatados na seção 7.2). Adicionalmente, vale destacar que parte da amostra estudada utilizava medicação para controle da glicose e/ou dos lipídios séricos, e como a adesão à assiduidade do uso da medicação não foi objeto de estudo nesta pesquisa, esses dados podem ter sido influenciados por esse aspecto.

Por fim, ao analisar as alterações referentes à pressão arterial, verificou-se que também não houve diferenças significativas intra grupo e entre os grupos ao final de três meses, levando à conclusão que o tratamento experimental não causou uma alteração estatisticamente significativa na pressão arterial, quando comparado com o GC ao final do acompanhamento. De forma semelhante, ressalta-se que 30,4% das participantes do GE (n=7) usavam medicações para controle da pressão arterial no início do estudo, e, como citado, a adesão ao tratamento medicamentoso não foi um objeto de investigação na presente pesquisa, o que pode ter gerado resultados inconsistentes.

A análise dos dados da Tabela 14 permite concluir que o programa de educação nutricional em grupo proposto na presente dissertação não evidenciou mudanças significativas nos parâmetros antropométricos, bioquímicos e metabólicos quando comparado ao tratamento nutricional individual convencional realizado no serviço onde a pesquisa foi executada. No entanto, a literatura demonstra que pequenas modificações do padrão alimentar, mesmo que não sejam suficientes para alterar o estado de saúde em curto prazo, podem ser alcançadas em programas de educação nutricional e provocar mudanças mais relevantes em longo prazo (Torres, Franco, Stradioto, Hortale, & Schall, 2009). Assim, considerando a complexidade envolvida no processo de emagrecimento e de modificação dos hábitos alimentares, a presente pesquisa também investigou dados qualitativos, que serão apresentados nas próximas seções.

#### **7.4 Fatores relacionados à perda de peso e à mudança de hábitos alimentares**

Os relatos das participantes, gravados nas entrevistas do quinto e do sétimo encontro, além da entrevista de avaliação final do programa foram analisados de acordo com a metodologia proposta por Bardin (2010), e agrupados em 10 categorias (Anexo O). Essas categorias serão apresentadas nas próximas seções e representam três tipos de respostas: 1) fatores que facilitam a perda de peso e mudanças de hábitos, 2) fatores que dificultam a perda de peso e mudanças de hábitos e 3) avaliação do programa (seção 7.5).



### 7.4.1 Fatores que facilitam a perda de peso e mudanças de hábitos

A Tabela 15 apresenta os as categorias relativas aos fatores que facilitam a perda de peso e as mudanças de hábitos alimentares, de acordo com o relato das participantes.

Tabela 15  
*Fatores que facilitam a perda de peso e as mudanças de hábitos alimentares*

<b>Categoria</b>	<b>Descrição da Categoria</b>
<b>Recursos cognitivos e comportamentos para lidar com as dificuldades do processo de emagrecimento</b>	Inclui a descrição de comportamentos ou estratégias que auxiliam na seleção de alimentos e na redução da fome ou na exposição a alimentos calóricos como a importância de se realizar uma dieta variada e acessível, bem como evitar comprar guloseimas. Compreende também o planejamento de metas realistas e mudanças graduais, a importância da conscientização e de se permitir comer em situações especiais. Aborda hábitos pré-existentes que facilitam a realização da dieta, importância da atividade física, formas de conseguir o apoio familiar e relatos relacionados ao exemplo dos outros como fonte de inspiração para mudanças próprias.
<b>Motivadores do emagrecimento</b>	Inclui relatos de fatores que agem como motivadores para perda de peso e mudança de hábitos como: a saúde, a estética, o bem estar, o elogio dos outros, automotivação e a qualidade de vida.
<b>Apoio Social</b>	Inclui relatos relacionados aos benefícios do grupo em relação ao compromisso, motivação e apoio advindos dos outros participantes e da pesquisadora. Ressalta importância do local da realização do programa e do compromisso com o outro no processo de emagrecimento, além de aspectos relacionados ao apoio familiar.
<b>Educação nutricional</b>	Categoria que inclui a importância do espaço para tirar dúvidas sobre alimentação e esclarecimentos pela pesquisadora

A primeira categoria descrita na Tabela 15 engloba relatos das participantes que evidenciam suas percepções sobre comportamentos e estratégias que auxiliaram no emagrecimento como a importância da conscientização alimentar, da realização de mudanças graduais e permanentes, da variedade do cardápio com o uso de dietas não radicais, dentre outras unidades temáticas.

Essa categoria mostra que, na perspectiva das participantes a realização de dietas não radicais, em que se pode comer de tudo em quantidades moderadas, facilita a adesão ao planejamento alimentar, uma vez que consideram importante se permitir comer moderadamente em situações especiais para se sentir bem e continuar o processo de mudanças. Tais constatações podem ser exemplificadas nos seguintes relatos:

*“(...) por mais que a gente deva fazer sacrifício, eu não quero me sentir sacrificada. Eu quero fazer (a dieta) porque eu quero estar melhor lá na frente, porque eu quero estar melhor de saúde, não quero sacrifício...” (P8).*

*“É, que não precisa ser tão radical pra conseguir chegar aonde você quer, você pode chegar aonde você quer reduzindo e não cortando coisas. A dieta radical é que faz com que você realmente desista, você não consegue fazer!” (P21).*

*“Assim, o refrigerante que eu tomei não pesa na minha consciência de que vai me deixar mais gorda, mais magra, porque eu tinha consciência de que aquele dia era um dia de festa. E também, assim, não é o extremo assim de comer pra morrer... mas também não merecia ficar lá num canto deprimida porque eu não podia tomar um copo de refrigerante, não poderia comer um pouquinho a mais...” (P15).*

Estes dados se encontram em consonância com a literatura, uma vez que já foi identificada a relação do excesso de peso e o engajamento em dietas muito restritivas (Bernardi et al., 2005; Lottenberg, 2006; Viana, 2002) . Assim, Viana (2002) afirma que é importante que programas de redução de peso enfatizem a moderação alimentar e incluam a ingestão de pequenas quantidades de alimentos “proibidos” como forma de limitar o desejo por esses produtos e controlar a angústia de ter violado a dieta ao ingerir alguma guloseima.

Nesse contexto, a lista de substituições utilizada no programa foi um instrumento que auxiliou no planejamento de cardápios simples e variados, facilitando a adesão à dieta, pela possibilidade de evitar a monotonia alimentar. De forma semelhante, a literatura aponta benefícios com utilização dessas listas, como no estudo de Benezra et al. (2001) que mostrou que o uso da lista de substituições auxiliou mulheres em pré-menopausa a substituir alimentos habituais da dieta, por outros mais saudáveis, controlando a quantidade ingerida e reduzindo o IMC. Na presente pesquisa, a adaptação com a lista de substituições e com as escolhas alimentares podem ser exemplificadas nas seguintes verbalizações:

*“Aquela listinha que você passou pra gente da pirâmide, a lista de substituição, a gente planejar o que vai comer me ajudou muito [...] A gente se planeja melhor” (P9).*

*“[...] assim, por exemplo, se o almoço for arroz, feijão, macarrão, carne e salada, ou eu escolho macarrão ou eu escolho arroz [...] porque (a dieta) não é uma coisa que sai fora do padrão, que o que eu tenho que comprar é muito caro ou que não esteja no meu alcance... é uma coisa normal do dia a dia” (P11).*

Adicionalmente, as participantes consideraram a importância de fatores como o estabelecimento de metas realistas, perda de peso gradual e mudanças graduais e permanentes, como facilitadores na realização de mudanças, conforme exemplificado a seguir:

*“Não adianta vir com meta não sei das quanta, totalmente fora da nossa realidade, que faz a gente perder muito peso, mas que depois você não dá conta de continuar, então é uma mudança realmente de atitude, de hábito, tem que ser rotina, conscientizar bem que essa mudança é devagar e principalmente consciência” (P20).*

Nesse aspecto, a literatura assinala o estabelecimento de metas realistas como um dos pilares do tratamento da obesidade. A partir de uma análise de diversos estudos baseados em evidências, Tsigos et al. (2008) elaboraram um consenso para intervenções para perda de peso na Europa em que, dentre outros aspectos, ressaltam que o tratamento da obesidade deve se concentrar em metas realistas e gestão ao longo da vida. De forma semelhante, Barbato et al. (2006) e Beck (2009) enfatizam a importância de que intervenções para perda de peso auxiliem os pacientes no estabelecimento de metas realistas, que sejam viáveis para manutenção em longo prazo.

No que diz respeito à manutenção do peso, a prática de atividade física regular é considerada como um de seus pilares, e foi incorporada por algumas participantes. Verificou-se que as mulheres que se adaptaram ao exercício regular, o consideravam prazeroso, como mostram os relatos:

*“[...] eu também faço exercício físico. Ai gente, pra mim... eu fico com tanto orgulho! Fiquei sedentária tantos anos, não têm ideia como é que era ruim...” (P17).*

*“Agora caminhar não tenho preguiça não, quando o dia tá lindo assim ou tá só aquele friozinho bom, caminho direto, uma hora [...] tem semana que caminho de segunda à sexta.” (P20)*

Vale ressaltar também uma questão importante do processo de mudança de hábitos que é a motivação das pessoas com excesso de peso para o emagrecimento. Kalarchian et al. (2011) afirmam que um método de melhorar o resultado do controle de peso pode ser o de dar maior ênfase na razões pelas quais as pessoas querem emagrecer. Ao realizar uma revisão de vários estudos, os autores concluíram que as preocupações com a saúde são os motivadores mais comuns, seguido por preocupações sobre a aparência, sugerindo que essas duas razões citadas sejam os motivos principais para perda de peso em mulheres com obesidade.

Em concordância com a literatura, na presente pesquisa, os principais motivadores do emagrecimento relatados pelas participantes estavam relacionados a essas duas categorias, e adicionalmente, foi relatada a melhora na condição física, que também pode

ser considerada uma subcategoria da saúde como motivação. Esses dados, já apresentados na Tabela 15, também podem ser constatados nos relatos a seguir:

*“Meu negócio é o peso porque eu me sinto muito mal de tá gorda, eu agora me olho no espelho, me acho legal, assim uma sensação boa. Quando eu ia dormir, assim quando ia me virar fazia muito esforço e assim quando me sinto que tô leve eu só viro de um lado pro outro, ah é legal demais, é legal que a gente escuta as coisas principalmente do marido que tá legal, bom pra abraçar, com cinturinha, então tudo vai incentivando” (P9).*

*“Pra mim vai ser uma consequência boa se eu puder entrar numa calça jeans, deixar de usar calcinha de elástico... já ta bom demais! Mas eu também quero ter saúde, qualidade de vida... eu não conseguia andar, o solado do meu pé doía demais, meu joelho doía demais, eu tava ficando muito muito parada...”(P6).*

Outro ponto considerado como fator facilitador para mudanças diz respeito ao suporte social de colegas de trabalho, bem como o apoio recebido no grupo e o compromisso com seus membros e a pesquisadora, como ilustram os exemplos a seguir:

*“ [...] porque se você for pensar todo mundo teve algum dia que teve algum probleminha e que era difícil vir e tal, mas se você tem outros do seu grupo do trabalho que esteja envolvido, vai ter sempre alguém estimulando [...] termina que uma vai fortalecendo a outra [...]”(P12).*

*“Eu já fiz dieta e falavam ‘tem que comer assim’ mas não é assim, tem que ter o apoio, aqui a gente conversa, tem o apoio das pessoas, do nutricionista... pra mim foi muito importante, ajuda demais!” (P9).*

*“[...] o relacionamento com as colegas, nos depoimentos, todo mundo passando mais ou menos pela mesma dificuldade, dá força pra gente” (P17).*

Em concordância com esses relatos, Reiners et al. (2008) afirmam que fatores como a relação profissional de saúde-paciente, o suporte social da equipe de saúde e dos membros de sua rede social são considerados essenciais para a adesão às recomendações do tratamento.

O apoio entre os membros do grupo também pode ser observado a partir da análise da categoria “Apoio Social” da Tabela 15, que mostra a troca de experiências entre as participantes a partir de estratégias e conselhos relacionados ao processo de mudanças. Sobre essa perspectiva, Silveira e Ribeiro (2005) afirmam que o grupo consiste em um espaço solidário que permite o acesso à informação, a troca de experiências, o intercâmbio de motivações, o apoio mútuo e a vivência de uma pluralidade de situações que criam

oportunidades para pacientes e profissionais de saúde se posicionarem, tirarem dúvidas, interagirem e superarem dificuldades no processo de tratamento.

Ainda em relação à importância do suporte social, a análise de conteúdo das entrevistas evidenciou a importância das relações familiares no comportamento alimentar. Nesse aspecto, Stuart (1999) afirma que a família pode ajudar o paciente através de ações que sirvam de exemplo para que esse torne seus hábitos alimentares saudáveis. Souza et al. (2005) complementam essas prerrogativas afirmando que não basta que o familiar dê conselhos ao obeso sobre o que é certo, mas que também se envolva no tratamento modificando os seus hábitos. Tais questões familiares foram evidenciadas na atual pesquisa, conforme mostram os relatos a seguir:

*“[...] (o programa) refletiu na família toda, ontem eu achei tão bonitinho o prato de todo mundo colorido lá em casa, gente eu nunca tinha visto isso! Meu marido que é só de comer arroz, feijão e bife e fala ‘oh! Sua salada tá tão bonita, deixa eu ver...’ e nesse deixa eu ver, vai indo, foi comendo. Minha filha tá fazendo academia, comendo tudo direitinho... o outro é bem magrinho mas fala assim ‘não mãe, se a senhora por no meu prato eu como!’ [...] Então os hábitos foram mudando e a gente foi passando isso adiante, eu passo pras minhas irmãs, pra colegas, pra todo mundo e as pessoas vêm a gente se sentindo bem e eles também querem se sentir bem [...]”*

*“Lá em casa também foi bem interessante, porque todo mundo entrou na dieta também, meu marido já perdeu mais de três quilos, meu filho que era bem gordo disse ‘olha mãe como minhas calça tá caindo!’ melhorou bastante!”*

Esses dados corroboram com a literatura no que diz respeito à importância da mulher como promotora de mudanças de hábitos alimentares da família. Braga (2004) afirma que, atualmente, mesmo a mulher que trabalha fora de casa continua com a responsabilidade de ser a principal provedora da alimentação da família, com atividades que vão desde a definição do cardápio, incluindo a responsabilidade de adequar os recursos financeiros às necessidades de alimentos, a realização de compras e ao preparo das refeições.

Vale destacar, que apesar do apoio familiar se constituir um importante ponto que auxilia no processo de emagrecimento, a motivação pessoal ainda é um ponto crucial para efetivação de modificações relacionadas à alimentação, uma vez que somente o ambiente adequado, pode não ser suficiente para alterações mais significativas. Tal aspecto evidencia a complexidade relacionada ao processo de mudança de hábitos em saúde, como exemplificado a seguir:

*“Eles só bebem refrigerante lá em casa por minha causa... os meninos (os filhos) gostam de suco com pouco açúcar, eles usam o achocolatado, mas não agregam mais*

*açúcar... eu é que destoo lá dos três... mas eu tô conseguindo e eles tão me ajudando, e eu tô vendo como que com eles é mais fácil! E eu olho assim e penso, ‘gente, era tão fácil... porque que eu já não tava adequada?’ A gente espera chegar aos 97 (kg) pra começar...” (P5).*

Outro ponto importante diz respeito à parte de educação nutricional durante os encontros, onde as participantes tiravam diversas dúvidas a respeito da alimentação e das orientações que estavam sendo recebidas, como: tamanho das porções, fracionamento, substituição de alimentos, dentre outras, como mostram os exemplos:

*“Aí eu queria saber assim, a quantidade de brócolis, de couve, abóbora” (P2).*

*“Pelo quê que eu posso substituir o arroz, porque arroz é carboidrato, né?”(P1).*

*“A hora que eu levanto, eu tomo café da manhã... se eu acordo às 4h da manhã pra viajar, eu acordo e como, e depois vou comer às sete... é certo?” (P6).*

*“Uma coisa que eu acho que não pode ... faço mingau de maisena, nem muito duro nem mole, aí coloco no pão. Pode?”(P18).*

*“Em relação ao suco eu posso ingerir durante a refeição?” (P12).*

A partir dessas dúvidas, eram criados momentos propícios para a realização da educação nutricional de acordo com a concepção de Machado et al. (2007) que destaca a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo, na sua autonomia e na emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno. A pesquisadora atuava desmistificando crenças relacionadas à alimentação, trabalhando com o aprimoramento do conhecimento acerca da alimentação saudável e desenvolvendo a autonomia das participantes em relação às suas escolhas alimentares.

Assim, a partir da análise dos fatores que facilitam o emagrecimento e a mudança de hábitos, na atual pesquisa, foi possível concluir que algumas questões que foram consideradas como pontos essenciais desse processo na perspectiva das participantes, se encontram em consonância com a literatura, que afirma que os programas de emagrecimento devem conter elementos psicoeducacionais como: foco em comportamentos-chave para perda de peso (como ingestão calórica reduzida e aumento na atividade física); ferramentas para o automonitoramento; utilização de perguntas abertas; traçar metas realistas de perda de peso; encontrar estratégias pessoais para aliviar a fome; manter continuidade dos comportamentos saudáveis e lidar com os contextos sociais e

situações que envolvam alimentação inadequada; uso de estratégias de solução de problemas; uso de contratos de contingência e apoio social; identificação de gatilhos para alimentação excessiva e estratégias de prevenção de recaídas e manutenção do peso (Appel et al., 2011; Brown et al., 2009; Christensen et al., 2011; Munsch et al., 2003; Straub, 2007; Tsigos et al., 2008; Wadden et al., 2011).

#### 7.4.2 Fatores que dificultam a perda de peso e mudanças de hábitos

A Tabela 16 apresenta as categorias relacionadas às principais dificuldades do processo de emagrecimento relatadas pelas participantes.

As categorias que compõem a Tabela 16 incluem fatores que as participantes consideravam difíceis de mudar relacionados às questões qualitativas e quantitativas da dieta, à rotina alimentar, aos compromissos sociais e “tentações alimentares”, bem como questões que foram percebidas pela pesquisadora como fatores que dificultam o processo de emagrecimento como falta de apoio social e aspectos referentes à autoestima, crenças e proibições alimentares.

Tabela 16

*Fatores que dificultam a perda de peso e as mudanças de hábitos alimentares*

<b>Categoria</b>	<b>Descrição da Categoria</b>
<b>Dificuldades do processo de emagrecimento</b>	Inclui relatos relacionados à acomodação com o excesso de peso, gradiente de reforço e hábitos pré-existent não saudáveis. Inclui também verbalizações de dificuldades relacionadas à quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos, fracionamento da dieta, bem como dificuldade de lidar com as tentações alimentares e manter a dieta em situações não rotineiras e compromissos sociais. Engloba também as dificuldades em relação ao tempo requerido para o planejamento e preparo das refeições, a falta de apoio social e questões financeiras.
<b>Fatores de ordem emocional que dificultam o emagrecimento</b>	Inclui relatos relacionados à influência da autoestima, ansiedade, depressão e nervosismo no comportamento alimentar, além de verbalizações relacionadas à autoimagem em fotos e espelhos e compulsão alimentar. Abrange também a libido e a importância do cuidado com si mesma, bem como sentimentos relacionados ao excesso de peso e analogias autodepreciativas. Por fim, a categoria engloba questões relacionadas ao peso corporal, como o medo de se pesar.
<b>Proibição, crenças e identidade alimentar</b>	Inclui relatos relacionados à proibição alimentar, “pecados” na alimentação, e identidade cultural.
<b>Consumo alimentar e saúde</b>	Inclui o relato de hábitos alimentares e consumo de alimentos, que inclui verbalizações a respeito da fome e da oscilação na quantidade consumida de alimentos, bem como considerações acerca do consumo de gorduras, refrigerantes e medicamentos para o emagrecimento.

Alguns aspectos da rotina alimentar trabalhados no aconselhamento nutricional como a velocidade da alimentação, fracionamento e planejamento da dieta, bem como mudanças referentes à quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos ainda foram considerados como difíceis por algumas participantes, como exemplificados nas seguintes verbalizações:

*“Eu acho melhor fazer regime assim... com arroz branco, sem fritura... porque aquele arroz integral...”* (P1).

*“O leite... eu não consigo tomar o desnatado nem o outro (de soja) não...”* (P5).

*“[...] mas também não consigo comer todas as três horas que tem comer... porque eu não sou muito de comer... eu tomo café, almoço e janto... assim de tarde esse negócio de lanchar... eu não sou de lanchar”* (P9).

*“[...] e aquela questão da semana passada, de 20 minutos pra comer... é muito difícil... a gente fica ali enrolando, enrolando, e não dá os 20 minutos...”* (P11).

*“Eu vou ser sincera, eu não elaborei o meu (plano alimentar) [...] não, não tem desculpa eu não elaborei o cardápio. Sinceramente não deu...”* (P17).

Adicionalmente, questões relacionadas à alimentação noturna e ao preparo e aquisição dos alimentos, também foram considerados pontos críticos do processo, como mostram os relatos a seguir:

*“ [...] que é aquele meu problema da noite né... [...] eu não consigo comer de manhã... eu já tentei, mas dá até ânsia de vômito, eu não como nada, e não sinto fome até mais ou menos meio dia mesmo... aí meio dia, eu não sou de comer aquele tanto de arroz e feijão... eu sinto fome mesmo é a noite... é aquilo que eu te falei...eu consegui diminuir assim, pra duas refeições a noite, eu parei de ficar beliscando... mas eu não consegui diminuir a fome a noite [...] isso quando não é de madrugada... porque se eu tiver um evento a noite aí eu chego em casa meia noite, uma, duas horas... aí eu vou e janto de novo...”* (P6).

*“É... eu me alimento de três em três horas, eu procuro tomar só coisa mais leve... tipo iogurte, fruta... mas só que não é sempre que a gente tem (dinheiro) pra comprar fruta... aí eu sou obrigada a improvisar besteira... sorvete, biscoito...”* (P19).

*“[...] porque fazer o arroz integral só pra você... é complicado fazer comida só pra gente... é mais difícil.”* (P1).

*“[...] eu tenho um problema tão grande com folhagem, gente! eu tenho que esterilizar, tem que lavar e tem que guardar... Eu tava ficando doidinha na cozinha!”* (P11).

A partir das questões apresentadas nos exemplos foram discutidas formas para solução dos problemas levantados pelas participantes, como estratégias para realização do



fracionamento da dieta e redução do consumo calórico noturno, reorganização financeira para aquisição de alimentos saudáveis, administração e priorização do tempo para preparo de hortaliças, dentre outros temas. Nesse sentido, foi possível notar que questões já discutidas na seção anterior (7.4.1) como a troca de experiências entre os membros do grupo e recursos advindos do processo de educação nutricional foram relevantes para o início de mudanças por parte das participantes.

Um ponto de destaque em relação aos problemas do processo de emagrecimento diz respeito à dificuldade de manter a dieta em situações não rotineiras e compromissos sociais, quando os outros insistem para comer, bem como lidar com a rotina corrida e as “tentações” alimentares, como mostram os exemplos:

*“Os doces e os lugares que a gente vai, nunca vi tanta festa em um mês só! Igual esse agora... É casamento do meu primo... Nossa aquele bolinho de chocolate mata qualquer um... é mais essa questão de comer fora, né! Porque você tá lá, vê todo mundo comendo, chega no final tem que comer um pouquinho”* (P21).

*“Isso que ela falou é muito verdade, você vai na casa dos outros parece que só te agradam se tiverem te enfiando comida, né?!”*(P16).

*“Sinceramente não deu (para fazer a dieta), é que esse fim de semana foi assim uma loucura, eu tava atrás de imposto de renda, meu carro quebrou. ... Então foi assim uma loucura, mas eu vou fazer”* (P15).

*“Eu ainda sinto isso (desejos alimentares). Vontade de gritar ‘eu quero comer!’ Eu não sei o que fazer...”* (P4).

*“A dificuldade é essa, aquela história de que tudo que é bom é ilegal, é imoral ou engorda [...] o prazer imediato às vezes é difícil de você passar por cima dele, porque realmente é gostoso [...] ninguém pode me convencer de que alface é mais gostoso que sorvete [...] Então o que eu acho que é difícil é isso, é você realmente se segurar e pensar ‘é realmente gostoso, mas não vale a pena’ ”* (P2).

Dificuldades semelhantes foram encontradas no estudo de Guimarães, Dutra, Ito e Carvalho (2010) que após uma intervenção com aconselhamento nutricional em grupo com duração de três meses verificaram que os fatores mais citados como barreiras à adesão ao tratamento foram fazer refeições fora de casa e dificuldade em aplicar os conhecimentos na prática, principalmente em eventos sociais.

Esses relatos evidenciam que a modificação de hábitos alimentares se constitui um processo complexo, uma vez que não está unicamente associada à vontade intrínseca de mudança e pode envolver sentimentos relacionados à falta de controle. Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso (2008) afirmam que inúmeros fatores podem minar a capacidade de

autorregulação do comportamento alimentar (considerada como a capacidade ou motivação para “resistir à tentação”), como, por exemplo, a pressão dos amigos e a vontade de experimentar um alimento específico. Adicionalmente, Bernardi et al. (2005) afirmam que as restrições e autoimposições das pessoas que fazem dieta, parecem ter um efeito rebote, resultando em compulsão alimentar, a qual pode associar-se a consequências psicológicas, como a perda da autoestima e mudanças de humor.

Nesse aspecto, outro ponto importante considerado como fator que dificulta o emagrecimento diz respeito às questões relacionadas à autoestima, autoimagem, depressão e ansiedade. Pontos estes, presentes nos depoimentos como exemplificado a seguir:

*“Meu Deus do céu! Tem alguma coisa mais deprimente que a gente se olhar pelada no espelho, quando a gente tá fora de forma? [...] e a libido da gente diminui mesmo! Diminui porque a gente tá insatisfeita... [...] você botar um biquíni, uma lingerie, e o negócio cair tudo pro outro lado... Ah não, gente..”* (P14).

*“Teve uma vez lá em casa que eu tirei todos os espelhos!”* (P13).

*“[...] porque assim, não é só a questão do peso [...] eu deixei de me cuidar mesmo [...] roupa, cabelo... eu não tava mais indo ao salão... não tava me cuidando [...] porque assim, não porque você está acima do peso que você vai deixar de ser bonita... No meu caso... realmente... eu me deixei [...] foto nem pensar! Tem um ano que eu não tiro uma foto!”* (P7).

Estas questões se relacionam com o processo de emagrecimento, uma vez que fatores de ordem emocional como a ansiedade, depressão e outros componentes cognitivos podem influenciar negativamente o comportamento alimentar. Sugai (2011) associa a baixa autoestima com a estigmatização das pessoas obesas nas sociedades ocidentais, afirmando que o estigma acontece através de um sistema vicioso, o qual se inicia quando o indivíduo obeso não consegue promover a perda de massa corporal. A partir disso, a manutenção da obesidade propicia a perda de autoestima, levando às práticas alimentares compensatórias, o que por sua vez gera estigmatização e mantém a obesidade.

Para Straub (2007), estar de bom humor e ter expectativas otimistas são fatores importantes para aumentar a adesão em tratamentos de saúde. Essa perspectiva pode ser observada no próximo exemplo, que mostra como o sentimento de fracasso e baixa confiança em si mesma pode influenciar o comportamento alimentar:

*“Eu não quis pesar pra ver e dizer ‘só isso?!’ e acabar desistindo da dieta...”*

Viana (2002) relaciona tais fatores de ordem psicossocial com o comportamento alimentar ao afirmar que algumas pessoas insatisfeitas com o peso e com o aspecto do seu corpo travam uma luta interna constante no sentido de controlar a ingestão, independentemente da fome que sentem, visando emagrecer. Estas pessoas mantêm, por isso, uma preocupação permanente com o corpo e com o que comem e resistem a comer aquilo que desejam. No entanto, através de relatos presentes nesta pesquisa, é possível perceber que a classificação de alimentos como “bons” e “ruins” ou “permitidos” e “proibidos” pode atrapalhar o processo de mudança, como mostram os exemplos:

*“Mas ontem o miojo tava mais gostoso do que todos os dias. Só porque era proibido!” (P16)*

*“Eu pequei. Eu fui bem a semana toda, mas ontem eu pequei. Comi pizza, um pecado grande. Dois pedaços!” (P4).*

As pessoas que apresentam o padrão alimentar “dicotômico”, em geral, sentem culpa após as refeições, particularmente quando consomem os alimentos “proibidos”, geralmente os muito calóricos. Tendem a descontrolar-se e a comer em excesso em situações de mudanças de humor, e a avaliar que comeram demais mesmo não sendo o caso (Bernardi et al., 2005; Viana, 2002).

Dessa forma, a partir dos relatos sobre as dificuldades do processo de emagrecimento e mudanças dos hábitos alimentares é possível concluir que os fatores envolvidos são variados e heterogêneos, e perpassam por questões relacionadas às práticas alimentares prévias das participantes, dificuldades relacionadas à falta de tempo para preparo dos alimentos e rotina corrida, bem como problemas relacionados à autoestima, autoimagem, depressão e ansiedade. Adicionalmente, foram frequentes os relatos relacionados à fome, dificuldade em manter a dieta em situações não rotineiras e compromissos sociais e em lidar com as “tentações” alimentares.

## **7.5 Avaliação do programa**

Esta seção visa descrever a avaliação do programa realizado a partir da perspectiva de suas participantes. Para tanto, foram utilizadas verbalizações que ocorreram ao longo dos encontros cinco e oito, relativas às mudanças já realizadas no comportamento alimentar e relatos relacionados à avaliação do programa, a partir da entrevista realizada no último encontro com o grupo e na anamnese final individual. A Tabela 17 apresenta as categorias relacionadas à avaliação do programa pelas participantes.

Tabela 17  
*Avaliação do Programa pelas Participantes*

<b>Categoria</b>	<b>Descrição da Categoria</b>
<b>Mudanças realizadas</b>	Inclui mudanças realizadas a partir de questões discutidas no aconselhamento nutricional em grupo relacionadas à dieta, bem como o sucesso em mudanças relacionadas ao aumento da percepção de saciedade e ao comportamento alimentar em compromissos sociais e na rotina.
<b>Características do programa</b>	Inclui considerações relacionadas à frequência e aos dias dos encontros, à duração e local do programa e sugestões para aprimoramento do mesmo.

A partir da análise de conteúdo foi possível verificar que o programa auxiliou em mudanças importantes na alimentação como a adaptação com a escolha alimentar e a dieta, a redução do consumo de alimentos não saudáveis concomitante ao aumento do consumo de alimentos saudáveis e a volta para dieta após algum excesso alimentar, como mostram os depoimentos:

*“[...] não é mais como era antes, que me sentava na mesa e comia arroz, farofa, macarrão, tudo junto ali... E depois quando eu comecei a fazer dieta como macarrão e não como o arroz, como a farofa e não como o macarrão...” (P13).*

*“E o que valeu foi assim, que quando eu cheguei em casa, eu já voltei consciente de que já tinha voltado tudo ao normal, né... cheguei em casa, e já voltei pra dieta... porque se fosse antes, eu estaria até hoje fora da dieta.... comendo aquele tanto de ovo de Páscoa, porque já tinha saído ontem mesmo, né...” (P15).*

*“Eu diminui o óleo, o café que eu tomava o dia todo, agora tomo só de manhã [...] Na verdade em termo de açúcar, lá em casa doce tá raridade, não compro mais. A compra diminuiu. Tô comprando mais verdura [...] Arroz, menina, a gente gastava lá em casa era quatro pacote por mês, agora foi um e meio, mais a verdura, muita verdura, tá todo mundo entrando no clima, sabe?” (P9).*

As mudanças do comportamento relatadas são consideradas como relevantes, uma vez que englobam, não só a modificação do comportamento alimentar propriamente dito, mas também a concepção de uma alimentação mais saudável e equilibrada. Nesse aspecto, pode-se considerar que o programa atingiu seu objetivo de conscientizar as participantes da importância de mudanças mais amplas relacionadas à alimentação saudável e à rotina alimentar, com desmistificação da existência de “alimentos proibidos” e ênfase na questão da frequência de consumo e moderação na ingestão alimentar.

Foi possível observar que, em alguns casos, o programa auxiliou em mudanças no comportamento alimentar, não só das participantes, mas também da família, como já discutido na seção 7.4.1, o que é considerado como um ponto positivo, uma vez que aumenta a extensão da ação educativa, mostrando a importância da atuação de programas de educação em saúde com o público feminino de na fase adulta, pela reprodutibilidade gerada por essa população.

No que diz respeito ao formato do programa (em grupo, semanal, com duração de três meses e realização dos encontros nas segundas-feiras) a opinião das participantes pode ser generalizada a partir dos próximos exemplos, visto que não houve nenhum relato contrário aos seguintes:

*“Eu acho que foi bom que um apoiou o outro, incentivou o outro [...]” (P18).*

*“[...] Tem que ser mesmo semanal, porque a gente tem sempre essas recaídas de vez em quando [...]” (P5).*

*“Foi tão rápido os três meses... [...] Três meses parece pouco diante de tanta coisa que a gente conseguiu, menos do que isso eu acho que não daria certo...” (P6).*

*“Assim, quando eu saio mais da dieta é final de semana, aí como eu sabia que na segunda ia ter reunião, me policiava, falava assim ‘não, o quê que eu vou dizer amanhã?!’ ” (P7).*

A literatura acerca do tema “Educação em Saúde” é pouco específica em relação à recomendação de duração e frequência das intervenções. Fjeldsoe et al. (2011) ao realizar uma revisão sistemática para avaliar quais as características de intervenções que tiveram bons resultados na manutenção do peso em longo prazo concluíram que os melhores desfechos ocorreram em programas com pelo menos, seis meses de duração, com uma média de pelo menos 13 contatos presenciais com os participantes, uso de mais de seis estratégias de intervenção, especialmente relacionadas com instruções de como atingir a mudança de comportamento, solicitação sobre as principais intenções dos participantes, solicitação de identificação das principais barreiras percebidas e oportunidades para comparações sociais.

No entanto, apesar da atual pesquisa ter realizado 13 encontros presenciais, na opinião das participantes, o tempo de duração foi curto, e houve solicitação da continuidade do acompanhamento após o término do programa, como mostram os relatos:

*“Ai Andreia, a minha sugestão é não parar, pelo menos de quinze em quinze dias pra gente continuar...” (P22).*

*“Ah, eu acho, tipo assim, aquela história da gente ficar junto conversando e se apoiando, toda semana esse reforço, essa lembrança, essa discussão e a preocupação de saber que na outra semana a gente iria, que a gente tinha uma meta e que essa meta iria ser lembrada, eu acho que isso é fundamental. Por isso até que eu comentei contigo, que foi tão pouco tempo, se a gente pudesse, pelo menos, apesar do programa ter acabado, a gente ter a possibilidade de ter algum encontro ainda, olha é fundamental pra manter” (P3).*

Adicionalmente, na avaliação final foi observado que as participantes não contribuíram com propostas novas, ao serem solicitadas a dar sugestões para o aprimoramento do programa, exceto por uma solicitação para que a pesquisadora trouxesse mais receitas, como mostram os exemplos:

*“Não, eu só tenho a elogiar o programa, a quantidade de dias foi bom e tem que ser mesmo semanal, porque a gente tem sempre essas recaídas de vez em quando, então não tenho nada a acrescentar não” (P5).*

*“Eu acho que foi bom da forma que foi feito” (P19).*

*“Olha do jeito que tava, tava muito bom!” (P7).*

*“Uma sugestão? Ah, de repente trazer mais receitas que a gente faz no dia a dia, até mesmo coisas que a gente faz no almoço, no café... acho que ajuda” (P20).*

Ainda na avaliação final, as participantes agradeceram a pesquisadora pela intervenção e a presentearam com uma cesta de produtos de beleza:

*“Nós queríamos agradecer a você. A gente sabe que não tá acabando aqui, mas nós queremos te agradecer por essa oportunidade que você tem nos dado. Nós estamos realmente muito felizes por você ter feito isso (o programa) aqui, foi inédito né gente?! E assim, isso tem melhorado muito a nossa autoestima, você tem visto aqui pelos depoimentos. Eu fico realmente emocionada... porque há muito tempo que eu venho querendo começar uma dieta e ficava naquela, ‘tal dia eu começo, tal dia eu começo’ eu acho que como muitas mulheres aqui, eu precisava muito emagrecer... eu ainda não cheguei no que eu me propus, mas eu vou chegar, tenho certeza... e aí, como forma de agradecimento, cada uma deu uma quantia e compramos pra essa cesta pra você...”*

Assim, é possível notar que o vínculo profissional de saúde-paciente foi importante para a obtenção de melhores resultados no tratamento e na adesão. Silveira e Ribeiro (2005) ressaltam a relevância de situações que coloquem equipe de saúde e paciente em uma relação direta, e que estimulem o compromisso e a implicação de ambos na busca de soluções para os problemas de saúde. Para as autoras, adesão ao tratamento é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado.

Portanto, o vínculo entre profissional e paciente é fator estruturante e de consolidação do processo, razão pela qual deve ser considerado para que se efetive.

A média de ausências no programa foi de dois encontros, com o máximo de quatro faltas (que corresponde a 30,7%). A atual pesquisa não previu o número de faltas como um critério de exclusão, no entanto, verificou-se que participantes que se ausentaram em mais de quatro encontros não retornaram ao grupo para realizar a avaliação final. Nesse aspecto, a falta de averiguação dos motivos da desistência de quem abandonou o programa pode ser considerada como uma limitação do estudo.

Assim, ao realizar uma apreciação geral da avaliação do programa pelas participantes, bem como dos resultados obtidos ao final do estudo, é possível afirmar que, apesar dos efeitos nos dados antropométricos, bioquímicos e metabólicos do GE não terem sido significativos quando comparados ao GC, a análise qualitativa dos dados evidenciou mudanças nas práticas alimentares e na conscientização de aspectos relacionados à saúde em geral.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atual pesquisa teve como objetivo propor e avaliar um programa de educação nutricional baseado no modelo cognitivo como estratégia para adoção de hábitos alimentares saudáveis e consequente redução do peso e do risco cardiovascular em mulheres com sobrepeso e obesidade. O estudo foi concebido a partir da demanda do cenário epidemiológico brasileiro, caracterizado pelo crescimento progressivo da prevalência do excesso de peso e das dificuldades da área da saúde para lidar com esse problema. Adicionalmente, essa investigação foi pautada nas recomendações da OMS no campo da educação em saúde, que estimulam a abordagem biopsicossocial e a autonomia do paciente como eixos fundamentais nos programas de promoção à saúde.

Em relação aos objetivos propostos foi possível notar que a amostra estudada apresentava práticas alimentares inadequadas, caracterizadas pelo baixo consumo de frutas e hortaliças e alto consumo de óleo, doces, guloseimas e bebidas adoçadas. Após a intervenção, as participantes mostraram uma melhora nesse padrão, com exceção do consumo de fibras, que permaneceu baixo. Este dado aponta para a necessidade de uma maior ênfase sobre a importância das fibras na alimentação como o uso de alimentos integrais e aumento do em programas de educação nutricional.

A comparação das práticas alimentares das participantes, entre o GE e o GC, não foi realizado, pois o acompanhamento das mulheres do GC foi feito a partir de protocolos já existentes na instituição, o que impossibilitou a comparação de todos os dados entre o GC e o GE. Ressalta-se que a baixa carga horária disponível para pesquisadora para o atendimento ambulatorial impossibilitou a implantação de todos os instrumentos utilizados na investigação na rotina do serviço onde a pesquisa foi realizada, uma vez que essa prática aumentaria o tempo necessário para o atendimento, dificultando o atendimento à demanda vigente. Sugere-se que pesquisas futuras com delineamento semelhante adequem os protocolos da instituição com os preconizados na metodologia da investigação, antes do início da coleta de dados, com vistas a possibilitar a comparação dos grupos em todos os aspectos estudados.

No que diz respeito à avaliação da efetividade do programa proposto em relação ao atendimento nutricional tradicional, verificou-se que os dados antropométricos, bioquímicos e de pressão arterial, não diferiram significativamente entre os grupos ao final



do programa, apesar do GE ter apresentado diferenças significativas intragrupo nas medidas de peso, IMC e circunferência abdominal, fenômeno não observado no GC.

Ao analisar ensaios com metodologias semelhantes é possível notar que a perda ponderal é maior no início dos programas, e em geral, apresenta um ápice aos seis meses de intervenção com estabilização ou recuperação de peso posterior. Assim, o tempo de três meses proposto na presente pesquisa pode ter sido curto para gerar mudanças significativas na antropometria, sugerindo que resultados mais expressivos na comparação entre os grupos poderiam ocorrer, caso o tempo de duração da pesquisa fosse mais longo. Por isso, recomenda-se que programas semelhantes sejam elaborados com um maior tempo de duração, preferencialmente com tempo mínimo de seis meses.

Tais constatações também foram evidenciadas a partir da avaliação das participantes ao final do programa, que ressaltaram que a duração de três meses da pesquisa foi curta e solicitaram a continuidade das atividades. Vale ressaltar que frente a esse pleito do grupo, a pesquisadora optou por manter os encontros, e as reuniões seguem acontecendo uma vez ao mês, onde questões trabalhadas ao longo do programa são reforçadas, além da abordagem de aspectos relacionados à demanda espontânea.

Ainda em relação ao formato do programa, foi verificado que os encontros semanais associados ao compromisso com o grupo e com a pesquisadora serviram como reforço para adesão, uma vez que o acompanhamento era realizado com mais frequência, em um espaço curto de tempo, o que foi considerado como um dos elementos que auxiliaram na perda de peso, na perspectiva das participantes. Esse aspecto é importante se considerarmos que a demanda por atendimento é muito alta e, por motivos econômicos, é cobrada uma eficácia das ações no sentido de produzir bons resultados no menor espaço de tempo e para o máximo de pessoas possível.

Em concordância com a literatura, no que diz respeito às características de intervenções que tiveram bons resultados na manutenção do peso em longo prazo, no presente estudo foram realizados 13 encontros presenciais, com inclusão de elementos relativos a instruções de como atingir a mudança de comportamento, solicitação sobre as principais intenções dos participantes, solicitação de identificação das principais barreiras percebidas e oportunidades para troca de experiências.

Em relação à redução do risco cardiovascular, também presente no objetivo do estudo, foi verificado que os valores médios dos lipídios séricos, da glicose em jejum e da pressão arterial não diferiram significativamente entre os grupos, ao final do programa. Esses resultados podem estar relacionados ao uso inadequado da lista de substituições e ao

baixo nível de atividade física praticada pela amostra. Tais constatações apontam para necessidade de ressaltar aspectos relacionados aos tipos, funções e fontes de gorduras em programas de educação nutricional, juntamente com uma maior ênfase na necessidade de associar a atividade física regular às mudanças da alimentação. Apesar desses aspectos terem sido abordados no presente estudo, não foram pontos de maior destaque, o que pode ser considerado como uma das limitações da pesquisa.

Ainda em relação à avaliação do risco cardiovascular, vale ressaltar que parte da amostra usava medicações para controle de dislipidemia e pressão arterial, e a adesão ao tratamento medicamentoso não foi um objeto de investigação na presente pesquisa, o que pode ter gerado resultados inconsistentes. Assim, sugere-se que investigações futuras, que utilizem dados bioquímicos e de pressão arterial como parâmetros para avaliação de resultados, incluam um instrumento para monitorar o uso adequado da medicação.

As principais dificuldades relatadas pela amostra em relação ao processo de emagrecimento e mudança de hábitos estavam relacionadas, especialmente, à dificuldade de manter a dieta em situações não rotineiras e compromissos sociais, bem como lidar com a rotina corrida e as “tentações” alimentares. Outros aspectos referentes ao planejamento alimentar, velocidade de realização das refeições, alimentação noturna e fracionamento da dieta também foram considerados como pontos limitantes por algumas participantes. Esses aspectos evidenciam a necessidade de que programas de educação nutricional abordem questões como: o ambiente alimentar, gatilhos para alimentação excessiva, orientações para comer fora de casa, dicas para as compras de supermercado, manejo do estresse, estratégias de prevenção de recaídas, dentre outros.

De forma semelhante, a partir da análise dos fatores que facilitam o emagrecimento e a mudança de hábitos na perspectiva das participantes, foi possível concluir que algumas questões foram consideradas pontos essenciais desse processo, e devem estar presentes em intervenções para perda de peso, como: a realização de dietas não radicais e viáveis às condições dos usuários; desmistificação de que existem alimentos proibidos; dietas com possibilidades de substituições de alimentos; estabelecimento de metas realistas; auxílio na busca de apoio social; possibilidade de troca de experiências entre os pacientes e educação nutricional.

Vale ainda destacar, que ao analisar as entrevistas é possível observar que existe uma ambiguidade nos relatos. Algumas questões relacionadas ao emagrecimento e mudança de hábitos eram consideradas fáceis por algumas participantes e difíceis por

outras, evidenciando que mesmo no acompanhamento em grupo, é imprescindível atenção às características individuais.

Um ponto importante do estudo diz respeito à incorporação da opinião das participantes na avaliação geral do programa, pois apesar dos efeitos nos dados antropométricos, bioquímicos e metabólicos não terem sido significativos quando comparados ao GC, a análise qualitativa das entrevistas possibilitou uma apreciação do programa de forma mais realista. Esses dados evidenciaram que o programa auxiliou em mudanças na alimentação no aspecto qualitativo e quantitativo, bem como atingiu seu objetivo de conscientizar as participantes da importância de mudanças mais amplas no estilo de vida para manutenção da saúde e da qualidade de vida. Duas questões demandam maior compreensão: a realização do acompanhamento individual pela pesquisadora, que integra aspectos psicossociais em sua intervenção, e a ausência de uma medida de avaliação dessa intervenção pelas participantes do GC.

Nesse aspecto, destaca-se que apesar do atual estudo não ter utilizado um instrumento para a avaliação da qualidade de vida, a melhora desse parâmetro foi citada nas entrevistas, sugerindo que o programa possa ter contribuído para a melhora da qualidade de vida das participantes. Sugere-se que programas futuros incorporem esse aspecto em sua avaliação.

A adaptação do Programa *Pense Magro* foi necessária primeiramente porque ele foi aplicado em um contexto de saúde pública, o que torna inviável a realização de encontros diários e em alguns casos, trata-se de um público com escolarização baixa que pode dificultar sua aplicação na íntegra, além da disciplina necessária para o cumprimento escrito de todas as suas tarefas. Também é importante destacar que esse é programa relativamente novo (de 2009), e não foram encontrados no Brasil trabalhos que avaliassem sua eficácia. Esta pesquisa também é inovadora por ser desenvolvida por uma nutricionista e por adaptar o programa a uma realidade sociocultural brasileira. O programa original, disponível ao público, apesar de enfatizar as cognições, traz a recomendação expressa de que as prescrições nutricionais sejam feitas por profissional da área.

Por fim, conclui-se que apesar dos avanços na área de saúde relacionados à alimentação saudável e ao emagrecimento, a abordagem da obesidade ainda se constitui um desafio para a prática profissional. A obesidade é uma doença multifatorial e exige a identificação de cognições e comportamentos que contribuem para o ganho ponderal e uma adequada intervenção sobre os mesmos. Diante da complexidade exigida para essa intervenção, a realização do Mestrado na área da Psicologia da Saúde possibilitou o

aprofundamento teórico de questões relacionadas ao comportamento alimentar e a elucidação de aspectos biopsicossociais que circundam o problema, com propostas de modelos que investigam questões mais amplas relacionadas às mudanças de estilo de vida e que, certamente, serão incorporadas à minha prática profissional e continuarão como objeto de estudo em minha trajetória acadêmica.

**REFERÊNCIAS**

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Apovian, C. M. (2004). Sugar-sweetened soft drinks, obesity, and type 2 diabetes. *JAMA: The Journal of American Medical Association*, 292(8), 978-979.
- Appel, L. J., Clark, J. M., Yeh, H. C., Wang, N. Y., Coughlin, J. W., Daumit, G., . . . Brancati, F. L. (2011). Comparative effectiveness of weight-loss interventions in clinical practice. *The New England Journal of Medicine*, 365, 1959-1968.
- Bahls, S. C., & Navolar, A. B. B. (2004). Terapias cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. Retirado em 10/03/2011 de [www.utp.br/psico.utp.online](http://www.utp.br/psico.utp.online)
- Barbato, K. B. G., Martins, R. C. V., Rodrigues, M. L. G., Braga, J. U., Francischetti, E. A., & Genelhu, V. (2006). Efeitos da redução de peso superior a 5% nos perfis hemodinâmico, metabólico e neuroendócrino de obesos grau I. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 87(1), 12-21.
- Barbosa, K. B. F., & Monteiro, J. B. R. (2006). Avaliação do consumo alimentar e sua associação com o desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 21(2), 125-130.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2002). Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(3), 383-391.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953-959.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (2009). *Pense magro: A dieta definitiva de Beck. Treine seu cérebro a pensar como uma pessoa magra*. Porto Alegre: Artmed.
- Benezra, L. M., Nieman, D. C., Nieman, C. M., Melby, C., Cureton, K., Schmidt, D., . . . K., O. (2001). Intakes of most nutrients remain at acceptable levels during a weight management program using the food exchange system. *Journal of American Dietetic Association*, 101(5), 554-561.
- Bernardi, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18(1), 85-93.

- Bezerra, I. N., & Sichieri, R. (2010). Características e gastos com alimentação fora do domicílio no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 44(2), 221-229.
- Braga, V. (2004). Cultura alimentar: Contribuições da antropologia da alimentação. *Saúde em Revista*, 6(13), 37-44.
- Brasil. (2005). *Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável*. Brasília.
- Brasil. (2006). *VIGITEL Brasil 2005: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília.
- Brasil. (2008). *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Brasília.
- Brasil. (2011). *VIGITEL Brasil 2010: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília.
- Brown, T., Avenell, A., Edmunds, L. D., Moore, H., Whittaker, V., Avery, L., & Summerbell, C. (2009). Systematic review of long-term lifestyle interventions to prevent weight gain and morbidity in adults. *Obesity Reviews*, 10, 627-638.
- Cavalcanti, A. P. R., Dias, M. R., & Costa, M. J. C. (2005). Psicologia e nutrição: Predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda. *Estudos de Psicologia*, 10(1), 121-129.
- Cheskin, L. J., & Donze, L. F. (2001). Appearance vs. health as motivators for weight loss. *JAMA: The Journal of American Medical Association*, 286(17), 2160.
- Christensen, J. R., Faber, A., Ekner, D., Overgaard, K., Holtermann, A., & Sogaard, K. (2011). Diet, physical exercise and cognitive behavioral training as a combined workplace based intervention to reduce body weight and increase physical capacity in health care workers - a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 27(11), 671-682.
- Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker, D. M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., . . . Fairburn, C. G. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behavior Research and Therapy*, 48(3), 706-713.
- Cypress, M. (2004). Looking upstream. *Diabetes Spectrum*, 17(4), 249-253.
- DeMarco, M. A. (2006). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: Um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(1), 1-13.

- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3), 200-209.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: a meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of International Medicine*, 160(14), 2101-2107.
- Enes, C. C., & Slater, B. (2010). Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(1), 163-171.
- Escott-Stump, S., & Mahan, K. L. (2005). *KRAUSE - Alimentos, nutrição e dietoterapia* (11 ed.). São Paulo: Roca.
- Faustino, Q. M., & Seidl, E. M. F. (2010). Intervenção cognitivo-comportamental e adesão ao tratamento em pessoas com HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 121-130.
- Ferreira, V. A., & Magalhães, R. (2007). Nutrição e promoção da saúde: Perspectivas atuais. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(7), 1674-1681.
- Fjeldsoe, B., Neuhaus, M., Winkler, E., & Eakin, E. (2011). Systematic review of maintenance of behavior change following physical activity and dietary interventions. *Health Psychology*, 30(1), 99-109.
- Fonseca-Alaniz, M. H., Takada, J., M.I.C., A.-V., & Lima, F. B. (2006). O tecido adiposo como centro regulador do metabolismo. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 50(2), 216-229.
- Foster, G. D., Wadden, T. A., Vogt, R. A., & Brewer, G. (1997). What is a reasonable weight loss? Patients' expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 79-85.
- Furlan-Viebig, R., & Pastor-Valero, M. (2004). Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para o estudo de dieta e doenças não transmissíveis. *Revista de Saúde Pública*, 38(4), 581-584.
- Galvão, R., & Kohlmann, O. (2002). Hipertensão arterial no paciente obeso. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 9(3), 262-267.
- Garaulet, M., & Heredia, F. P. (2009). Behavioural therapy in the treatment of obesity (I): New directions for clinical practice. *Nutrición Hospitalaria*, 24(6), 629-639.
- Garcia, R. W. D. (1997). Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: Um estudo no centro da cidade de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3), 455-467.

- Garrison, R., Higgins, M., & Kannel, W. (1996). Obesity and coronary heart disease. *Current Opinion in Lipidology*, 7(1), 199-202.
- Gazzinelli, M. F., Gazzinelli, A., Reis, D. C., & Penna, C. M. M. (2005). Educação em saúde: Conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 200-206.
- González -Rey, F. L. (1997). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. São Paulo: EDUC.
- Groeneveld, I. F., Proper, K. I., van der Beek, A. J., Hildebrandt, V. H., & van Mechelen, W. (2010). Lifestyle-focused interventions at the workplace to reduce the risk of cardiovascular disease-a systematic review. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 36(3), 202-215.
- Guedes, C. R., Nogueira, M. I., & Camargo Jr, K. R. (2006). A subjetividade como anomalia: Contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 1093-1103.
- Guimarães, N.G., Dutra, E.S., Ito, M.K., & Carvalho, K.M.B. (2010). Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. *Revista de Nutrição*, 23(3), 323-33.
- Habermas, J. (1987). *Conhecimento e Interesse* (J. N. Heck, Trad.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Haidet, P., & Paterniti, D. A. (2003). “Building” a history rather than “taking” one: a perspective on information sharing during the medical interview. *Archives of International Medicine*, 163(10), 1134-1140.
- Hu, F. B., & Malik, V. S. (2010). Sugar-sweetened beverages and risk of obesity and type 2 diabetes: Epidemiologic evidence. *Physiology & Behavior*, 100(1), 47-54.
- Hubert, H. B., Feinleib, M., McNamara, P. M., & Castelli, W. P. (1983). Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: A 26 year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation*, 67(5), 968-977.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Pesquisa de orçamentos familiares (POF) 2008-2009: Análise da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos e do Estado Nutricional no Brasil*. Em Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (Ed.). Rio de Janeiro.
- Jahng, K. H., Martin, L. R., Golin, C. E., & DiMatteo, M. R. (2005). Preferences for medical collaboration: patient-physician congruence and patient outcomes. *Patient Education and Counseling*, 57(3), 308-314.



- Jensen, M. D. (2008). Role of body fat distribution and the metabolic complications of obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 93(Suppl. 11), S57-S63.
- Jomori, M. M., Proença, R. P. C., & Calvo, M. C. M. (2008). Determinantes de escolha alimentar. *Revista de Nutrição*, 21(1), 63-73.
- Kalarchian, M. A., Levine, M. D., Klem, M. L., Burke, L. E., Soulakova, J. N., & Marcus, M. D. (2011). Impact of addressing reasons for weight loss on behavioral weight-control outcome. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(1), 18-24.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Suppl. 2), 554-564.
- Krukowski, R. A., West, D. S., & Harvey-Berino, J. (2009). Recent advances in Internet delivered, evidence-based weight control programs for adults. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 3(1), 185-189.
- Kuhn, T. S. (2003). *A estrutura das revoluções científicas* (B. V. Boeira & N. Boeira, Trad. 7 ed.). São Paulo: Editora Perspectiva.
- Lenz, M., Richter, T., & Mühlhauser, I. (2009). The morbidity and mortality associated with overweight and obesity in adulthood. *Deutsches Ärzteblatt International*, 106(40), 641-648.
- Lerario, A. C., & Lottenberg, S. A. (2006). Mecanismos ambientais implicados no ganho de peso e as oportunidades para prevenção da obesidade. *Einstein*, 4(Suppl. 1), S7-S13.
- Lessa, I. (2006). Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 39-46.
- Levi-Costa, R.B., Sichieri, R., Pontes, N.S., & Monteiro, C.A. (2005). Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 530-540
- Lin, E. H. B., Von Korff, M., Katon, W., Bush, T., Simon, G. E., Walker, E., & Robinson, P. (1995). The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Medical Care*, 33(1), 67-74.
- Lopes, A. C. S., Caiaffa, W. T., Mingoti, S. A., & Lima-Costa, M. F. F. (2003). Ingestão alimentar em estudos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 6(3), 209-219.

- Lottenberg, A. M. P. (2006). Tratamento dietético da obesidade. *Einstein*, 4(Suppl. 1), S23-S28.
- Machado, M. F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C., & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - Uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 335-342.
- Malik, V. S., Popkin, B. M., Bray, G. A., Després, J. P., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2010). Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 33(11), 2477-2483.
- Marlatt, G. A., & George, W. H. (1998). Relapse Prevention and the Maintenance of Optimal Health. Em S. A. Shumaker, E. B. Schron, J. K. Ockene & W. L. Macbee (Orgs.), *The Handbook of Health Behavior Change* (pp. 33-58). New York: Springer Publishing Company.
- Martin, L. R., Williams, S. L., Haskard, K. B., & DiMatteo, M. R. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 1(3), 198-199.
- McGinnis, J. M., Williams-Russo, P., & Knickman, J. (2002). The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs*, 21(2), 78-93.
- Mendonça, C. P., & Anjos, L. A. (2004). Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), 698-709.
- Munsch, S., Biedert, E., & Keller, U. (2003). Evaluation of a lifestyle change programme for the treatment of obesity in general practice. *Swiss Medical Weekly*, 133(9), 148-154.
- Ni Mhurchu, C., Aston, L. M., & Jebb, S. A. (2010). Effects of worksite health promotion interventions on employee diets: a systematic review. *BMC Public Health*, 10(62), 1-7.
- Organização Mundial de Saúde. (1978). *Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde - Alma-Ata*. Kazak, URSS: Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância.
- Organização Pan-americana da Saúde. (1986). Carta de Ottawa. Retirado em 11/9/2011, de [http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta\\_ottawa.pdf](http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf)
- Philippi, S. T. (2001). *Tabela de Composição dos Alimentos: Suporte para decisão nutricional*. São Paulo: Coronário.

- Philippi, S. T., Latterza, A. R., Cruz, A. T. R., & Ribeiro, L. C. (1999). Pirâmide alimentar adaptada: Guia para escolha dos alimentos. *Revista de Nutrição*, 12(1), 65-80.
- Pinheiro, A. B. V., Lacerda, E. M. A., Benzercry, E. H., Gomes, M. C. S., & Costa, V. M. (2004). *Tabela para avaliação do consumo alimentar em medidas caseiras* (5 ed.). São Paulo: Atheneu.
- Pinheiro, A. R. O., Freitas, S. F. T., & Corso, A. C. T. (2004). Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição*, 17(4), 523-533.
- Pontieri, F. P., & Bachion, M. M. (2010). Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(1), 151-169.
- Queiroz, E., & Araujo, T.C.C.F. (2009). Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paidéia*, 19 (43) 177-183.
- Rasouli, N., & Kern, P. A. (2008). Adipocytokines and the metabolic complications of obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 93(11 Suppl. 1), S64-S73.
- Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. S., Vieira, M. A., & Arruda, A. L. G. C. S. C., 13, 2299-2306. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Suppl. 2), 2299-2306.
- Rodrigues, E. M., & Boog, M. C. F. (2006). Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 923-931.
- Rolls, B. J., Ello-Martin, J. A., & Tohill, B. C. (2004). What can intervention studies tell us about the relationship between fruit and vegetable consumption and weight management? *Nutrition Reviews*, 62(1), 1-17.
- Sartorelli, D. S., Franco, L. J., & Cardoso, M. A. (2008). High intake of fruits and vegetables predicts weight loss in Brazilian overweight adults. *Nutrition Research*, 28(4), 233-238.
- Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C., & Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Systematic Review*, 18(2), CD003818.
- Sichieri, R., Coitinho, D. C., Monteiro, J. B., & Coutinho, W. F. (2000). Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*, 44(3), 227-232.

- Sichieri, R., & Souza, R. A. (2008). Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(Suppl. 2), S209-S234.
- Silveira, L. M. C., & Ribeiro, V. M. B. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: Espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface Comunicação Saúde e Educação*, 9(16), 91-104.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Stigma as a barrier to recovery: perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*, 52(12), 1615–1620.
- Slater, B., Marchioni, D. L., & Fisberg, R. M. (2004). Estimando a prevalência da ingestão inadequada de nutrientes. *Revista de Saúde Pública*, 38(4), 599-605.
- Soares, J. C. R. S., & Camargo Jr., K. R. (2007). A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(21), 65-78.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2001). III Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias e diretriz de prevenção da aterosclerose do departamento de aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 77(S3), S1-48.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2007). IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 88(Suppl. 1), S2-S19.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, & Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2010). VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 95(1), 1-51.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (2007). Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Em N. Marins (Ed.). Rio de Janeiro.
- Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Sociedade Brasileira de Diabetes, & Associação Brasileira para Estudos da Obesidade. (2005). I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 84(Suppl. 1), S3-S28.

- Souza, N. P. P., & Oliveira, M. R. M. (2008). O ambiente como elemento determinante da obesidade. *Revista Simbio-Logias*, 1(1), 1-17.
- Souza, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: Desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latina de Enfermagem*, 15(3), 1-6.
- Straub, R. O. (2007). *Health psychology: A biopsychosocial approach* (2ª ed.). New York: Worth Publishers.
- Sugai, A. (2011). *A obesidade como expressão de questão social: Nutrição e estigma*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Torres, H. C., Franco, L. J., Stradioto, M. A., Hortale, V. A., & Schall, V. T. (2009). Evaluation of group and individual strategies in a diabetes education program. *Revista de Saúde Pública*, 43(2), 291-298.
- Tsai, A. G., & Wadden, T. A. (2009). Treatment of obesity in primary care practice in the United States: a systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 24(9), 1073-1079.
- Tsigos, C., Hainer, V., Basdevant, A., Finer, N., Fried, M., Mathus-Vliegen, E., . . . Zahorska-Markiewicz, B. (2008). Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines. *Obesity Facts*, 1(2), 106-116.
- Tsiros, M. D., Sinn, N., Brennan, L., Coates, A. M., Walkley, J. W., Petkov, J., . . . Buckley, J. D. (2008). Cognitive behavioral therapy improves diet and body composition in overweight and obese adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 87(5), 1134-1140.
- Vasques, F., Martins, F. C., & Azevedo, A. P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 195-198.
- Vásquez, I. A., Rodriguez, C. F., & Álvarez, M. P. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4(XX), 611-624.
- Wadden, T. A., Volger, S., Sarwer, D. B., Vetter, M. L., Tsai, A. G., Berkowitz, R. I., . . . Moore, R. H. (2011). A two-year randomized trial of obesity treatment in primary care practice. *New England Journal of Medicine*, 365, 1969-1979.
- Weiss, E. C., Galuska, D. A., Kettel, K. L., Gillespie, C., & Serdula, M. K. (2007). Weight regain in U.S. adults who experienced substantial weight loss, 1992–2002. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(1), 34-40.

- Welsh, S., Davis, C., & Shaw, A. (1992). Development of the food guide pyramid. *Nutrition Today*, 27(6), 12-23.
- World Health Organization. (1998). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva.
- World Health Organization. (2002). Life course perspectives on coronary heart disease, stroke and diabetes. *Ageing and Life Course*. Retirado em 14/03/2011 de [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.1.pdf)
- World Health Organization, & Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases *WHO Technical Report Series*. Geneva.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática* (R. C. Costa, Trans.). Porto Alegre: Artmed.

## **ANEXOS**

## Anexo A

## Folder de divulgação do programa

# Programa de Emagrecimento para Mulheres com Excesso de Peso

Emagreça mudando a sua forma de pensar!

**Encontros semanais**

**Duração: 3 meses (12 semanas)**

Início: março/2012

**Grupos de 8 mulheres**

**Escolha seu horário e inscreva-se!**

- ✓ Segundas de 8:30 às 10:00h
- ✓ Segundas de 10:30 às 12:00h
- ✓ Segundas de 14:00 às 15:30h



Inscrições: Portaria Central do Hospital Regional  
Dúvidas: Ligue XXXX-XXXX  
Nutricionista responsável: Andreia Duarte (CRN-1:3609)



**Anexo B****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE  
Grupo Experimental**

A Senhora está sendo convidada a participar do projeto: **“Avaliação de Eficácia de Programa de Educação Nutricional em Grupo para Mulheres com Excesso de Peso”**

O objetivo desta pesquisa é propor e avaliar um programa de educação nutricional coletivo para adoção de hábitos alimentares saudáveis e redução do risco cardiovascular em mulheres acima do peso. Para isto, será necessária a coleta dos seguintes dados: peso, altura, circunferência da cintura, pressão arterial e exame de sangue para avaliação da glicose, colesterol e triglicerídios. Além disso, será solicitado que a Senhora responda a uma entrevista sobre seus hábitos alimentares e as dificuldades encontradas para seguir as orientações nutricionais e participe de um programa com duração de três meses, onde serão realizados encontros semanais com grupos formados por 15 pessoas, totalizando doze encontros. Cada encontro durará no máximo duas horas. Em cada encontro serão desenvolvidas atividades para facilitar a mudança de hábitos alimentares.

Os resultados deste trabalho serão divulgados na dissertação de mestrado da pesquisadora na Instituição Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente, entretanto, ele preservará o seu anonimato, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora.

A Senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

Informamos que a Senhora pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o seu acompanhamento no hospital.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para a Nutricionista Andreia Duarte, no Hospital Regional, telefone 34799621, no horário entre 8:00h e 17:00h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Nome / assinatura

---

Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## Anexo C

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE Grupo Controle

A Senhora está sendo convidada a participar do projeto: **“Avaliação de Eficácia de Programa de Educação Nutricional em Grupo para Mulheres com Excesso de Peso”**

O objetivo desta pesquisa é estudar qual é o melhor programa de educação nutricional para adoção de hábitos alimentares saudáveis e redução do risco cardiovascular em mulheres acima do peso. Para isto, será necessária a coleta dos seguintes dados: peso, altura, circunferência da cintura, pressão arterial e exame de sangue para avaliação da glicemia e lipídios séricos. Além disso, será solicitado que a Senhora responda a uma entrevista sobre seus hábitos alimentares e as dificuldades encontradas para seguir as orientações nutricionais. Os retornos serão marcados aproximadamente um mês após a primeira consulta e duram em média 20 minutos. Neste acompanhamento serão aferidos novamente seu peso, circunferência da cintura e exames de sangue, bem como será discutido o andamento da dieta e a necessidade de eventuais mudanças. Para inclusão no estudo a Senhora deverá participar de pelo menos duas consultas com a nutrição.

Os resultados deste trabalho serão divulgados na dissertação de mestrado da pesquisadora na instituição Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente, entretanto, ele preservará o seu anonimato, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora.

A Senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

Informamos que a Senhora pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para a Nutricionista Andreia Duarte, no Hospital Regional, telefone 34799621, no horário entre 8:00h e 17:00h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com a Senhora.

---

Nome / assinatura

---

Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## Anexo D

### Anamnese Inicial e Final

Nome da Participante: \_\_\_\_\_ Número registro: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

Escolaridade: \_\_\_\_\_ ( ) completo ( ) incompleto

Renda mensal: \_\_\_\_\_ Estado civil: ( ) casada ( ) solteira ( ) divorciada ( ) viúva

Profissão: \_\_\_\_\_ Número de filhos: \_\_\_\_\_

**Composição agregado familiar** (lista das pessoas que vivem na sua casa. Pai, mãe, filho(a), marido, mulher, irmã(o), tio (a), amigo (a), outros): \_\_\_\_\_

Atividade física regular ( ) Sim ( ) Não. Obs: \_\_\_\_\_

Já fez dieta antes? Sim ( ) Não ( )

Se sim, qual a maior dificuldade encontrada? \_\_\_\_\_

E agora, o que a motivou para entrar no programa? \_\_\_\_\_

#### Anamnese patológica:

**HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA** (diabetes, hipertensão, dislipidemia, câncer, cirurgias, internações, outros): \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS QUE USA ATUALMENTE** (com dosagem): \_\_\_\_\_

#### Antropometria:

Data:	Peso (kg):	Altura (m):	CA (cm):	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Pressão arterial (mmHg)

#### Exames bioquímicos:

Data:	Glicose	Colesterol total	LDL-c	HDL-c	Triglicerídios

**\*Incorporar nesta anamnese os Anexos E, F e G**

## Questionário de Frequência de Consumo Alimentar

	Exemplos	FREQUÊNCIA DE CONSUMO								
		Menos de 1 vez por mês ou nunca	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	5 a 6 vezes por semana	1 vez por dia	2 a 3 vezes por dia	4 a 5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
<b>Pães e cia</b>	Pão francês, pão de forma, torradas, pão integral, broa de milho, pão de batata, pão de queijo, cuscuz, beiju, biscoito de sal, cereais matinais, aveia, granola.									
<b>Arroz massas e cia</b>	Arroz, macarrão, lasanha, batata, mandioca, inhame, batata doce, batata baroa									
<b>Frutas</b>	Todas as frutas									
<b>Hortaliças verduras</b>	Todas as hortaliças e verduras									
<b>Carnes e ovos</b>	Carne de boi, carne de porco, frango, peixes, presunto, mortadela, peito de peru, outras carnes, ovos.									
<b>Leite e cia</b>	Leite de vaca, leite de soja, iogurtes, queijos, creme de leite									
<b>Leguminosas</b>	Feijão, lentilha, grão de bico									
<b>Doces</b>	Leite condensado, doces caseiros, doce de fruta, chocolates, bombons, balinhas, bolos, biscoitos recheados,									
<b>Frituras</b>	Carnes fritas, salgados fritos, batata frita,									
<b>Bebidas alcoólicas</b>	cerveja, vinho, cachaça, caipirinha, vodka									
<b>Bebidas adoçadas</b>	Suco em pó, suco de caixinha, suco com açúcar, café com açúcar, refrigerante, chá com açúcar									
<b>Óleos e gordura</b>	Azeite, manteiga, abacate, açaí, cupuaçu, castanhas, amendoim, amêndoas									

Quantidade de sal por mês: \_\_\_\_\_

Tipo de óleo/gordura e quantidade por mês: \_\_\_\_\_

**Anexo F**  
Recordatório Alimentar de 24h

<b>Hora</b>	<b>Alimento</b>	<b>Quantidade</b>
Desjejum		
Entre desjejum e almoço		
Almoço		
Entre almoço e jantar		
Jantar		
Do jantar até hora de dormir		
Madrugada		



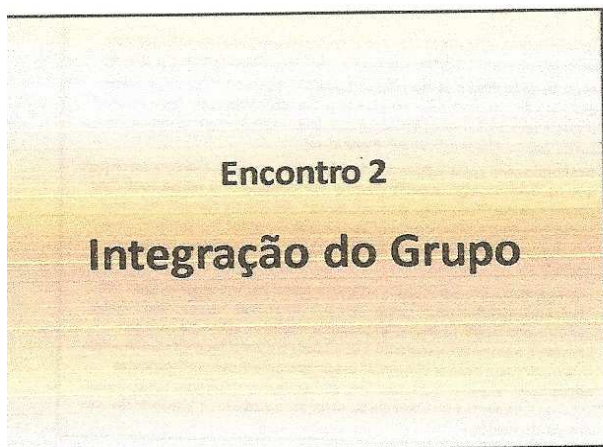
## **Anexo H**

### **Entrevista Semiestruturada de Avaliação Final do Programa**

1. Na sua opinião, quais foram os principais pontos positivos do programa?
2. E os principais pontos negativos?
3. Para você, que aspectos na sua vida familiar, profissional e na sua rede de amigos facilitam o seguimento de um programa para perda de peso?
4. Para você, que aspectos na sua vida familiar, profissional e na sua rede de amigos dificultam a permanência em um programa para perda de peso?
5. O que você pretende fazer para manter seu processo de perda de peso?
6. Você tem alguma sugestão para melhorar o programa?

## Anexo I

## Material didático utilizado no programa



### O processo de emagrecimento

- Emagrecer tem altos e baixos naturais.
- Importante: aprender a esperar por essas dificuldades e se planejar, antecipadamente, para enfrentá-las. Aprender como agir quando fazer dieta se torna difícil.
- Para quem já conseguiu emagrecer e ganhou peso novamente: de quem é a culpa?
  - Sua: “Sou muito fraca, não estava motivada o suficiente”
  - Do seu organismo: “Tem alguma coisa errada em mim... Eu simplesmente não consigo emagrecer”
  - Da dieta: “esta dieta, definitivamente, não funciona pra mim”

Resposta certa: Nenhuma das anteriores. Você simplesmente não sabia como fazer dieta.

Objetivo do grupo: Ensinar a evitar trapagens; resistir a alimentos tentadores; lidar com a fome e com o desejo incontrolável de comer; lidar com o estresse e as emoções negativas sem que você precise comer para se confortar; se motivar a praticar uma atividade física – Mudando a sua maneira de pensar.

- A maioria das pessoas das pessoas que lutam para emagrecer tem uma programação mental que sabota seus esforços, e frequentemente tem pensamentos como:
  - Sei que não deveria comer isto, mas não me importo.
  - Se eu comer isto só desta vez não vai ter problema
  - Tive um dia tão difícil, mereço comer o que quiser.
  - Não consigo resistir a essa comida.
  - Estou chateada, tenho que comer.
  - É muito difícil, não quero continuar fazendo dieta, nunca vou emagrecer.
  - **Importante:** aprender a enfrentar esses pensamentos sabotadores de forma convincente.

- **Importante:** aprender a resolver alguns problemas psicológicos como:
  - A sensação de estar sobrecarregada com as exigências da dieta
  - A sensação de estar em privação
  - A sensação de estar desmotivada quando o seu emagrecimento não correspondeu ao previsto
  - A sensação de estar estressada com outros problemas da vida



- **Vamos trabalhar coisas importantes como:**
  - Elaborar uma dieta nutritiva
  - Arrumar tempo e energia para fazer dieta
  - Planejar o que e quando comer
  - Procurar apoio
  - Lidar com a decepção
  - Ver o ato de comer exageradamente como um problema temporário que você pode resolver
  - Saber lidar com a fome e com o desejo incontrolável de comer
  - Eliminar o ato de comer pelo fator emocional
  - Elogiar a si mesma

- Comer não é uma ação automática → Sempre há um pensamento que vem antes do ato de comer. Como seus pensamentos podem sabotar sua dieta:
  - **Incentivando você a comer:** Geralmente começam com *“Eu sei que não devo comer isto, mas tudo bem porque...”* e terminam com: *“tive um dia difícil; é uma comemoração; não posso jogar essa comida no lixo; eu quero tanto; não vai fazer diferença”*. E por aí vai.
  - **Acabando com a sua autoconfiança:** São pensamentos que surgem depois que você comeu algo que não deveria. Por exemplo, em vez de você dizer para si mesma *“Tudo bem, eu errei; eu não deveria ter comido, mas vou comer direito a partir de agora.”* Você acaba dizendo: *“Foi terrível comer; sou tão fraca. Eu simplesmente não conseguirei emagrecer, vou desistir agora”*.
  - Digamos que a pessoa pense: *Estou com fome*. Se, em seguida, tiver um “pensamento sabotador” como *– Isto é horrível. Não posso tolerar. Tenho que comer!* - ficará ansiosa e irá procurar qualquer alimento para se satisfazer, sem se importar com a qualidade e quantidade do mesmo. Por outro lado, se a pessoa contrariar esses pensamentos com “respostas adaptativas” como *– Tudo bem. Vou comer dentro de poucas horas. Passo esperar.* - se sentirá no controle da situação e acabará se envolvendo com outras atividades.

### Encontro 3

## Aprendendo o que é alimentação saudável

Porque você quer emagrecer?

### Vantagens de Emagrecer:

- Vida afetiva
- Amigos
- Família
- Profissão
- Vida social
- Nível de energia
- Participação em atividades recreativas
- Saúde
- Bem estar
- Autoestima
- Etc, etc, etc....

- Cartões de enfrentamento – parte de todo o tratamento
- São fichas que contêm mensagens escritas importantes para ajudá-las a contrariar seus pensamentos sabotadores
- Técnica da terapia cognitiva para preparar sua mente para iniciar uma dieta

### 1º Cartão de Enfrentamento: Registre as vantagens de emagrecer

- Pode parecer difícil de acreditar que você poderia esquecer dessas razões, mas acredite, é fácil esquecer o porquê você quer emagrecer quando se está perto de alimentos tentadores
- Importante anotar as vantagens de emagrecer para que você as leia diariamente
- Quando surgir um pensamento sabotador como: *Resistir a essa comida é muito difícil, você poderá dizer para si mesma: Assim como eu quero muito comer isso, eu também quero emagrecer por ... motivos.*

**Sente-se para  
comer!**

- Importante assumir o compromisso de se sentar para comer qualquer coisa, mesmo que seja só para dar uma mordida.
- Porque eu devo fazer isso?
  - Tornar-se mais consciente das calorias de tudo o que põe na boca
  - Quando estamos em pé, comemos por impulso
  - Sentar para comer é tomar uma decisão consciente de comer

- No emagrecimento cada pedaço de comida que você põe na boca faz diferença
- Ao se sentar sempre para comer você estará mais consciente do que come e se sentirá mais satisfeita pelo fato de ter diminuído a quantidade de alimentos ingeridos
  - Ao se sentar, é importante espalhar bem os alimentos à sua frente para que você fique visualmente mais satisfeita.
- Ao comer em pé, você pode sentir-se fisicamente tão satisfeita quanto se estivesse sentada, mas psicologicamente isso não acontece

**Como se lembrar  
sempre de sentar?**

- Interrompa-se sempre que se sentir tentada a comer em pé
- Considere colocar lembretes com a mensagem "Sente-se" no caderno de dieta, na geladeira, na porta de armários...

**Elogie-se**

- ♥ Pessoas que lutam para emagrecer costumam ser bastante duras consigo mesmas, especialmente quando se desviam da dieta.
- ♥ Elogiar-se minimiza a tendência de enxergar as coisas de forma negativa
- ♥ Por meio de créditos, você reforça a sua autoconfiança e constrói a consciência de que é forte e está no controle
- ♥ Elogios são palavras ou frases curtas ditas para si mesma como: ótimo! Continue assim! Eu consegui! Isso merece um elogio!

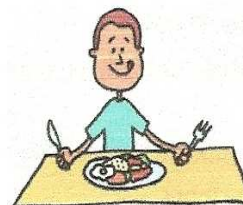
## Encontro 4

# Preparando o ambiente para mudanças

### Exercícios da semana passada:

- ❖ O que foi estabelecido como metas?
- ❖ Quem registrou as vantagens de emagrecer?
- ❖ Como foi a adesão do "Sente-se para comer"?
- ❖ Quem se elogiou (por escrito ou mentalmente)

## Alimente-se devagar e conscientemente



Quando você come devagar, seu cérebro tem tempo de registrar que está satisfeito.

Quando você percebe que aprecia cada porção de comida, você se sente mais satisfeita depois de comer

### Como desacelerar?

- Modifique alguma coisa em seu ambiente de refeição
- Lembre-se de descansar os talheres após cada garfada
- Preste atenção nas mudanças do seu organismo
- Olhe para o relógio

### Preste atenção no que você está comendo!

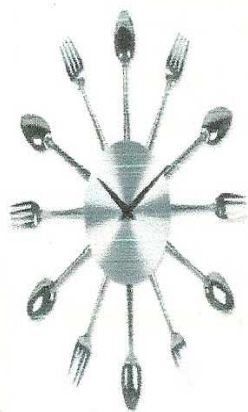
- ✓ Faça as refeições em uma atmosfera relaxada
- ✓ Foque atentamente o alimento
- ✓ Treine-se para comer com atenção apesar das distrações a sua volta

## Organize o ambiente

Nem sempre temos energia mental para resistir a alimentos tentadores, então é importante evitar estímulos ambientais, principalmente quando se está iniciando uma dieta.

Importante preparar a sua casa e seu ambiente de trabalho, com menos alimentos tentadores e mais alimentos saudáveis

- Afaste as tentações pessoais
- Converse com as outras pessoas da sua casa e do seu trabalho
- Na presença do alimento tentador: Firme um compromisso, como levar uma porção pequena de comida para comer mais tarde, ou comer quando tiver certeza que não corre o risco de repetir



**Arrume tempo e energia!**

Considere quanto tempo do seu dia será necessário para:

- ✓ Planejar suas refeições
  - ✓ Comprar os alimentos necessários
  - ✓ Preparar as refeições
  - ✓ Sentar e comer lentamente
  - ✓ Fazer exercícios
  - ✓ Completar e conferir as tarefas do dia
- ❖ Para isso será necessário: diminuir, delegar ou eliminar algumas tarefas e atividades

## Prepare-se para pesar



Antes de subir na balança, lembre-se que o número é apenas uma informação. A balança pode informar três coisas úteis:

1. **Que você emagreceu:** situação que fortalece a sua autoconfiança, faz você reconhecer o seu trabalho árduo e se sentir bem com os resultados.
2. **Que você manteve o peso:** nesse caso é importante não desanimar, e lembrar que ninguém emagrece em todas as semanas.
3. **Que você engordou:** nessa situação é importante refletir em como foi sua alimentação na última semana e, se necessário, refazer o seu planejamento alimentar, com o auxílio de sua nutricionista.

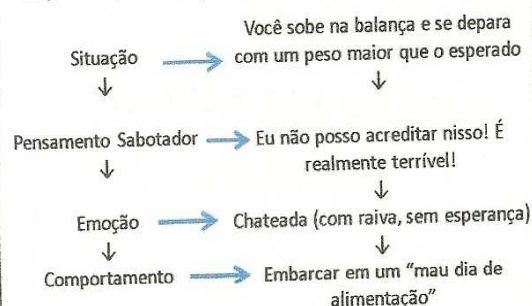
❖ Antes de subir na balança, tente não pensar Espero estar pesando “x” quilos. Suba e veja o resultado.

❖ Se o número registrado não foi esperado, considere o que você pode estar fazendo de errado e se planeje para tentar mudar a situação.

❖ Se você está seguindo seu planejamento a risca, considere que é normal aumentar ou diminuir em torno de 1kg por razões hormonais, nesse caso, se você continuar seguindo a dieta, vai emagrecer na próxima semana.

### O grande perigo da balança!

Quando o peso registrado na balança não é o esperado, muitas pessoas têm a seguinte reação:



❖ Sugestão: tenha uma balança em sua casa

❖ Posso me pesar mais de uma vez por semana?

Sim, e algumas pessoas perceberam que se pesar diariamente as ajudou a se dessensibilizarem em relação à balança. No entanto, não o faça mais de uma vez por dia. Isto é sinal de que você está obcecada por dieta e não tem uma perspectiva saudável de outros aspectos da sua vida.

Considere se pesar, pelo menos, uma vez por semana.

## Encontro 6

# Planejando a alimentação

## Planeje o dia de amanhã



- ❖ Sua dieta começa hoje!
- ❖ Fazer um planejamento alimentar por escrito com tudo que você vai comer amanhã
- ❖ É uma tarefa que a maioria das pessoas resiste fazer, porém é muito importante para o emagrecimento

### Como o planejamento irá ajudá-la:

- ❖ Pensar na maneira de obter e preparar o alimento que está em sua dieta
- ❖ Lembrar-se do que comer e quando
- ❖ Evitar a alimentação espontânea
- ❖ Tolerar a fome e os desejos e aprender que pode conviver com isso
- ❖ Tomar decisões antes que os impulsos apareçam, diminuindo tensões e dificuldades

### Como planejar?

Anote em uma folha de papel o que você vai comer amanhã

No dia seguinte, anote do lado o que foi cumprido e o que não foi

### Encontro 7

## Superando a fome e os desejos por comida

Diferencie fome, vontade e desejo incontrolável de comer

## Encontro 9

### Evitando os excessos

## Evite a alimentação não planejada

- Algumas pessoas não têm dificuldade para tomar decisões do que e quanto comer
- Quem luta para emagrecer: muitas vezes luta internamente quando se sente tentado a comer algo que não deveria

*Eu quero muito, muito mesmo comer isto, mas sei que não devo. Mas eu quero muito mesmo, mesmo sabendo que eu não deveria. Sei que não está no meu planejamento alimentar, mas vou comer mesmo assim...*

- Argumentação interna → gera tensão

Comer: alivia a tensão (quando você decide que vai comer, a tensão já é aliviada, mesmo antes de começar a comer)

- Decidir não comer, também pode aliviar a tensão
- Seu planejamento alimentar vai lhe ajudar a comer, pois você tomará as decisões antecipadamente.
- Diga a si mesma: Não tenho escolha! Sem "se", "e" ou "mas"...

- Ao dizer firmemente "Não tenho escolha" você minimiza a dificuldade e alivia o desconforto da dúvida

▪ Pense nas regras que você tem no seu dia a dia (como tomar banho, escovar os dentes): você não trava uma batalha consigo mesma para cumpri-las, mesmo quando não quer, as faz de forma automática.

- É possível que a regra "Não tenho escolha" faça parte da sua vida em outras situações.

*Quando eu aceitar o fato que devo desistir da alimentação espontânea, fazer dieta será mais fácil*

▪ Reflexão:

- ❖ Você tem todo direito de trabalhar em sua meta de emagrecer, desde que não esteja, propositalmente, tentando fazer alguém se sentir mal
- ❖ Decepcionar os outros não é tão mal assim. A decepção faz parte da vida, a decepção deles provavelmente será leve, muitos nem irão se lembrar da sua negativa um tempo depois.

**Nós sempre pensamos que ferimos o sentimento dos outros quando recusamos o que nos oferecem para comer, mas na realidade, elas não ficam ressentidas, ou, na pior das hipóteses, têm uma reação amena.**

▪ Reflexão:

- ❖ Não ficarei decepcionado se aceitar a comida e sair do meu planejamento alimentar?
- ❖ Porque acho mais importante agradá-los do que fazer o que é melhor para mim?
- ❖ As pessoas que lhe colocam em uma situação difícil é que não estão sendo razoáveis, e não ao contrário

**Volte aos trilhos**

▪ Pensamentos autoilusórios

- Como responder, especificamente, ao pensamento que a incentiva a abandonar a dieta **pelo resto do dia**
- ***Não posso acreditar que me dei a permissão de comer para comer isto! Eu realmente estraguei tudo! Então, agora, vou comer o que quiser o resto do dia e retomar a dieta bem direitinho AMANHÃ...***

▪ Será que você estragou tudo de verdade?

- O que você comeu?
- Vamos supor que você tenha comido uma barra de chocolate, ou uma bola de sorvete, ou uma lata de refrigerante... Estamos falando em aproximadamente 250 a 500 Kcal.
- Para você engordar 500g, você precisa comer em média 3500 kcal extras... Sete vezes mais do que você comeu...
- Não há motivo para continuar comendo 100, 200, ou até 1000 a 3000 kcal extras...

**Volte para dieta, agora!!!**

- Reconheça que cometeu esse deslize
- Comprometa-se novamente com a dieta
- Crie um limite simbólico – Diga: *Aqui está meu limite, bem aqui, onde vou parar de comer o que não está planejado* – sinalize esse limite com uma ação como escovar os dentes, beber um copo de água, ligar para alguém...
- Fique atenta a sentimentos de fracasso e desamparo. Lembre-se: é normal cometer um deslize, você não é fracassada por isso
- Continue a comer normalmente. Não tente compensar

**Cartão de enfrentamento – Volte aos trilhos**

- *Se eu comer o que não devo, ainda assim, não terei estragado tudo. Isso não é o fim do mundo. Eu posso retomar o meu planejamento alimentar neste minuto. Só porque cometi um erro, não significa que tenho que continuar comendo. Isso não faz sentido. É muito melhor parar agora do que me dar permissão para comer mais.*
- *É destrutivo continuar comendo de forma impulsiva pelo resto do dia só porque você comeu alguma coisa que não estava no seu planejamento alimentar*



## Anexo J

### Questionário sobre Alimentação Saudável

Vamos testar nosso conhecimento sobre alimentação saudável e emagrecimento? Marque apenas uma opção para cada um dos itens a seguir:

1. Quantas refeições diárias uma pessoa deve fazer para manter o peso e a saúde?
  - a) Uma única refeição.
  - b) Três: café da manhã, almoço e janta.
  - c) De quatro a seis refeições.
2. Quantas porções de cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas) deve-se ingerir por dia?
  - a) Nenhuma, se eu quiser emagrecer.
  - b) De duas a três porções.
  - c) Seis porções.
3. Quantas porções de frutas e verduras deve-se ingerir por dia?
  - a) Pelo menos três de cada por dia
  - b) Apenas uma é o suficiente.
  - c) Não é preciso comer frutas e verduras todos os dias.
4. Quantas vezes por semana eu devo comer arroz e feijão?
  - a) Todos os dias, ou pelo menos cinco vezes por semana.
  - b) Somente aos finais de semana, se eu quiser emagrecer.
  - c) Para emagrecer, eu não posso comer arroz com feijão.
5. Quantas porções de proteínas (leite e derivados, carnes, aves, peixes ou ovos) eu devo comer por dia?
  - a) Aproximadamente 4 porções, de preferência sem a gordura aparente das carnes e a pele das aves.
  - b) Se eu tiver o colesterol alto, não posso comer ovo.
  - c) Devo comer uma porção de proteína em cada uma das refeições do dia.
6. Quantas latas de óleo vegetal eu devo consumir por mês?
  - a) 1 lata para cada 4 pessoas que morem na casa
  - b) De 2 a 3 latas para cada 4 pessoas que morem na casa
  - c) De 5 a 7 latas para cada 4 pessoas que morem na casa
7. Quantas vezes por dia eu posso comer refrigerantes, sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas?
  - a) Todos os dias, desde que em quantidades pequenas.
  - b) Quase todos os dias, desde que eu diminua a quantidade de arroz e massas para compensar.
  - c) Devo evitar esses alimentos na minha rotina alimentar.
8. Hambúrguer, charque, salsicha, lingüiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos devem ser evitados em uma alimentação saudável?
  - a) Sim, porque são alimentos muito gordurosos, que engordam.
  - b) Sim, porque eles têm muito sódio, o que pode aumentar a pressão arterial.
  - c) Não vejo problema em consumir esses alimentos, pois não os considero prejudiciais à minha saúde.
9. Quantos copos de água devemos tomar por dia?
  - a) Nenhum, desde que eu tome outros líquidos como sucos, refrescos ou refrigerantes.
  - b) Pelo menos três copos de água por dia
  - c) De seis a oito copos por dia.
10. Para complementar a alimentação saudável eu devo:
  - a) Praticar pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias.
  - b) Praticar pelo menos 30 minutos de atividade física três vezes na semana.
  - c) Compensar a falta de atividade física na semana, aos fins de semana.
11. Em relação às bebidas alcoólicas e ao fumo:
  - a) Eu devo evitar as bebidas alcoólicas e o fumo.
  - b) Fumar ajuda a emagrecer e manter o peso.
  - c) Bebidas alcoólicas e fumo não estão relacionados ao emagrecimento.
12. Existe alguma dieta, algum alimento ou alguma prática que você acredite que possa te ajudar a emagrecer? Qual?

## **Anexo K**

### **Entrevista semiestruturada do Encontro 5**

- 1.** Como estamos até agora?
- 2.** Quais são as principais dificuldades que estão sendo encontradas?
- 3.** O que vocês consideram que está sendo fácil de realizar?
- 4.** Compare as dificuldades atuais com as outras vezes que você já tentou emagrecer.

## Anexo L

**Formulário para Elaboração de Plano Alimentar com Lista de Substituições, baseado na Pirâmide Alimentar Adaptada à População Brasileira (Philippi, Latterza, Cruz, & Ribeiro, 1999).**



Fonte: Sonia Tucunduva Philippi, do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP)

A partir dos aprendizados sobre alimentação saudável, elabore um plano alimentar para você!

	<b>Opção 1</b>	<b>Opção 2</b>	<b>Opção 3</b>
<b>Café da manhã</b>			
½ porção de açúcar + líquido de baixa caloria			
1 porção de produtos lácteos			
1 porção de pães / cereais			
½ porção de gordura			
<b>Lanche da manhã</b>			
2 porções de fruta			
<b>Almoço</b>			
4 porções de hortaliças			
1 porção de gordura			
1 porção de cereais / raízes / tubérculos			
1 porção de leguminosas			
1 porção de carnes			
1 porção de fruta ou 100ml de suco sem açúcar			
<b>Lanche da tarde</b>			
2 porções de fruta			
1 porção de cereais			
1 porção de gordura ou ½ porção de proteína ou ½ porção de produtos lácteos			
<b>Jantar</b>			
4 porções de hortaliças			
½ porção de gordura			
1 porção de cereais / raízes / tubérculos			
1 porção de proteína			
1 porção de fruta ou 100ml de suco sem açúcar			

## Lista de substituições

Açúcares. (n= 8) 1 porção = 110 kcal		
ALIMENTOS	PESO (g)	MEDIDA CASEIRA
Açúcar mascavo fino	25,0	1 colher de sopa
Açúcar mascavo grosso	27,0	1 ½ colher de sopa
Açúcar refinado	28,0	1 colher de sopa
Dextrosol	32,5	2 ½ colher de sopa
Doce industrializado tipo goiabada	45,0	½ fatia
Glucose de milho (Karo)	40,0	2 colheres de sopa
Mel	37,5	2 ½ colheres de sopa
Nidex	30,0	6 medidas

Leguminosas (n=7) 1 porção = 55 kcal		
ALIMENTOS	PESO (g)	MEDIDA CASEIRA
Ervilha seca cozida	72,5	2 ½ colheres de sopa
Feijão branco cozido	48,0	1 ½ colher de sopa
Feijão cozido (50 % de caldo)	86,0	1 concha
Feijão cozido (somente grãos)	50,0	2 colheres de sopa
Grão de bico cozido	36,0	1 ½ colheres de sopa
Lentilha cozida	48,0	2 colheres de sopa
Soja cozida	43,0	1 colher de servir

Carne Bovina, Suína, Peixe, Frango, Ovos. (n=31) 1 porção = 190 kcal		
ALIMENTOS	PESO (g)	MEDIDA CASEIRA
Atum enlatado tipo "desfiado"	80,0	2 colheres de sopa
Atum enlatado tipo "sólido"	90,0	2 colheres de sopa
Bacalhada	75,0	½ porção
Bife à role	110,0	1 unidade
Bife grelhado	64,0	1 unidade
Camarão cozido	160,0	20 unidades
Camarão frito	80,0	10 unidades
Carne cozida	80,0	1 fatia
Carne cozida de peru tipo "blanquet"	150,0	10 fatias
Carne cozida de peru tipo "rolé"	180,0	12 fatias
Carne moída refogada	90,0	5 colheres de sopa
Espetinho de carne	92,0	2 unidades
Frango assado inteiro	100,0	1 pedaço de peito ou 1 coxa grande ou 1 sobrecoxa
Frango filé à milanesa	80,0	1 unidade
Frango filé grelhado	100,0	1 unidade grande
Frango sobrecoxa cozida com molho	100,0	1 unidade
Hambúrguer caseiro	90,0	1 unidade
Hambúrguer industrializado	90,0	1 unidade
Lingüiça de porco cozida	50,0	1 gomo
Manjuba frita	106,0	10 unidades
Merluza cozida	200,0	2 filés médios
Merluza defumada	190,0	3 filés
Nugget de frango	72,0	4 unidades
Omelete simples	74,0	1 unidade
Ovo frito	100,0	2 unidades
Ovo pochê	100,0	2 unidades
Peixe espada cozido	100,0	1 porção
Porco lombo assado	80,0	1 fatia
Salame	75,0	11 fatias
Salsicha	60,0	1 ½ unidade
Sardinha escabeche	50,0	1 unidade

Pães, Cereais, Raízes e Tubérculos. (n=46) 1 porção = 150 kcal		
ALIMENTOS	PESO (g)	MEDIDA CASEIRA
Amido de milho - maisena	40,0	2 ½ colheres de sopa
Arroz branco cozido	125,0	4 colheres de sopa
Arroz integral cozido	140,0	4 colheres de sopa
Batata cozida	175,0	1 ½ unidade
Batata doce cozida	150,0	1 ½ colheres de servir
Batata frita tipo "chips" (salgadinho)	27,0	1/3 pacote
Batata frita (fatia)	50,0	2 colheres de servir
Batata frita (palha)	29,0	1 colher de servir
Batata frita (palito)	58,0	1 1/3 colher de servir
Batata sautéé	130,0	2 ½ colheres de servir
Biscoito tipo "aveia e mel"	30,0	5 unidades
Biscoito tipo "bono cracker"	32,0	8 unidades
Biscoito tipo "cookies" com gotas de chocolate/ coco	30,0	6 unidades
Biscoito tipo "cream cracker"	32,5	5 unidades
Biscoito de leite	32,5	5 unidades
Biscoito tipo "maçã e canela"	33,0	6 unidades
Biscoito tipo "maizena"	35,0	7 unidades
Biscoito tipo "maria"	35,0	7 unidades
Biscoito recheado tipo "alpino"	30,0	2 unidades
Biscoito recheado chocolate/doce de leite/ morango	34,0	2 unidades
Biscoito tipo "salélic" integral	30,0	6 unidades
Biscoito salgado tipo "triggy"	34,5	7 unidades
Biscoito tipo "waffer" chocolate/morango/baunilha	30,0	3 unidades
Bolo de chocolate industrializado - mistura em pó	50,0	1 fatia
Cará/inhame cozido/amassado	126,0	3 ½ colher de sopa
Cereal matinal tipo "sucrilhos"	43,0	1 xícara de chá
Farinha de mandioca	48,0	3 colheres de sopa
Farinha de milho	48,0	4 colheres de sopa
Farofa de farinha de mandioca	37,0	½ colher de servir
Flocos de milho tipo "polentina/milharina"	45,0	2 ½ colheres de sopa
Macarrão cozido	105,0	3 ½ colheres de sopa
Mandioca cozida	96,0	3 colheres de sopa
Milho verde em conserva (enlatado)	142,0	7 colheres de sopa
Pãozinho caseiro	55,0	½ unidade
Pão de forma tradicional tipo "pullman"	43,0	2 fatias
Pão de queijo	40,0	1 unidade
Pão francês	50,0	1 unidade
Pão hot dog	75,0	1 ½ unidade
Pão tipo bisnaguinha	80,0	4 unidades
Pipoca com sal	22,5	2 ½ xícara de chá
Polenta frita	60,0	1 ½ fatia
Polenta sem molho	200,0	2 fatias
Purê de batata	135,0	2 colheres de servir
Torrada salgada tipo "bi tost"	40,0	4 unidades
Torrada fibras tipo "fibratos"	45,0	4 unidades
Torrada glúten	50,0	5 unidades
Torrada (pão francês)	33,0	6 fatias

**Óleos e Gorduras. (n=14)**  
1 porção = 73 kcal

ALIMENTOS	PESO (g)	MEDIDA CASEIRA
Azêite de dendê	9,2	¾ colher de sopa
Azeite de oliva	7,6	1 colher de sopa
Bacon (gordura)	7,5	½ fatia
Banha de porco	7,0	½ colher de sopa
Creme vegetal	14,0	1 colher de sopa
Halvarina	19,7	1 colher de sopa
Manteiga	9,8	½ colher de sopa
Margarina culinária	10,0	1/10 tablete
Margarina líquida	8,9	1 colher de sopa
Margarina vegetal	9,8	½ colher de sopa
Óleo vegetal composto de soja e oliva	8,0	1 colher de sopa
Óleo vegetal de girassol	8,0	1 colher de sopa
Óleo vegetal de milho	8,0	1 colher de sopa
Óleo vegetal de soja	8,0	1 colher de sopa

**Produtos lácteos. (n= 23)**  
1 porção = 120 kcal

ALIMENTOS	PESO (g)	MEDIDA CASEIRA
Cream cheese	77,5	2 ½ colheres de sopa
Iogurte de frutas	140,0	1 pote
Iogurte natural	400,0	2 copo de requeijão
Iogurte polpa de frutas	120,0	1 pote
Iogurte polpa de frutas com geléia	130,0	1 pote
Iogurte polpa de frutas "minho solcil"	120,0	1 pote
Leite em pó integral	30,0	2 colheres de sopa
Leite semidesnatado "molico"	278,0	2 colheres de sopa
Leite tipo B	182,0	1 ½ copo de requeijão
Molho branco com queijo	62,5	2 ½ colheres de sopa
Queijo-de-minas	50,0	1 ½ fatia
Queijo mussarela	45,0	3 fatias
Queijo parmesão	30,0	3 colheres de sopa
Queijo pasteurizado tipo "polenguinho"	35,0	2 unidade
Queijo pasteurizado tipo "sandwich in"	40,0	2 fatias
Queijo <i>petit suisse</i> de morango	90,0	2 potes
Queijo prato	40,0	2 fatias
Queijo provolone	35,0	1 fatia
Requeijão cremoso	45,0	1 ½ colher de sopa
Ricota	100,0	2 fatias
Sobremesa láctea tipo "pudim de leite"	90,0	1 pote
Suflé de queijo	50,0	1 fatia

**Frutas. (n= 41)**  
1 porção = 35 kcal

ALIMENTOS	PESO (g)	MEDIDA CASEIRA
Abacate	24,0	¾ colher sopa
Abacaxi	65,0	½ fatia
Acerola	128,0	1 xícara das de chá
Ameixa-preta	15,0	1 ½ unidade
Ameixa-vermelha	70,0	2 unidades
Banana-prata	43,0	½ unidade
Caju	81,0	1 unidade
Caqui	50,0	½ unidade
Carambola	110,0	1 unidade
Cereja	48,0	12 unidades
Damasco seco	63,0	9 unidades
Fruta do conde	35,0	¼ unidade
Goiaba	50,0	¼ unidade
Jabuticaba	68,0	17 unidades
Jaca	66,0	2 bagos
Kiwi	60,0	¾ unidade
Laranja-da-bafa/seleta	80,0	4 gomos
Laranja-pêra/líma espremida para chupar	75,0	1 unidade
Limão	126,0	2 unidades
Maçã	60,0	½ unidade
Mamão formosa	110,0	1 fatia
Mamão <i>papaya</i>	93,0	1/3 unidade
Manga bordon	55,0	½ unidade
Manga haden	55,0	¼ unidade
Manga polpa batida	50,0	5 colheres sopa
Maracujá (suco puro)	50,0	5 colheres das de sopa
Melancia	115,0	1 fatia
Melão	108,0	1 fatia
Morango	115,0	9 unidades
Nectarina	69,0	¾ unidade
Pêra	66,0	½ unidade
Pêssego	85,0	¾ unidade
Suco de abacaxi com açúcar	83,0	½ copo plástico
Suco de laranja (puro)	79,0	½ copo plástico
Suco de melão	85,0	½ copo requeijão
Suco de tangerina	82,0	½ copo plástico
Suco de uva (industrializado) com açúcar	133,0	½ copo plástico
Tangerina	84,0	6 gomos
Uva comum	50,0	11 bagos
Uva Itália	50,0	4 bagos
Uva rubi	50,0	4 bagos
Vitamina (mamão, maçã, banana, açúcar, leite)	70,0	½ copo plástico

OBS: Copo plástico descartável para água (140 ml).

**Hortaliças. (n= 50)**  
1 porção = 15 kcal

ALIMENTOS	PESO (g)	MEDIDA CASEIRA
Abóbora cozida (menina, japonesa, moranga)	53,0	1 ½ colheres de sopa
Abobrinha cozida	81,0	3 colheres de sopa
Acelga cozida	85,0	2 ½ colheres de sopa
Acelga crua (picada)	90,0	9 colheres de sopa
Agrião	130,0	22 ramos
Aipo cru	80,0	2 unidades
Alcachofra (coração) cozido	40,0	½ unidade
Alcachofra cozida	35,0	¼ unidade
Alface	120,0	15 folhas
Almeirão	65,0	5 folhas
Aspargos em conserva	80,0	8 unidades
Aspargos fresco cozido	73,0	6 ½ unidades
Berinjela cozida	60,0	2 colheres de sopa
Beterraba cozida	30,0	3 fatias
Beterraba crua ralada	42,0	2 colheres de sopa
Brócolis cozido	60,0	4 ½ colheres de sopa
Broto de alfafa cru	50,0	1 ½ copo americano
Broto de bambu cru	60,0	¼ unidade
Broto de feijão cozido	81,0	1 ½ colher de servir
Cenoura cozida (fatias)	35,0	7 fatias
Cenoura cozida (picada)	36,0	¾ colher de servir
Cenoura crua (picada)	36,0	1 colher de servir
Chuchu cozido	57,0	2 ½ colheres de sopa
Cogumelo em conserva	63,0	9 unidades
Couve-de-bruxelas cozida	40,0	2 ½ unidades
Couve-flor cozida	69,0	3 ramos
Couve manteiga cozida	42,0	1 colher de servir
Ervilha em conserva	13,0	1 colher de sopa
Ervilha fresca	19,5	1 ½ colher de sopa
Ervilha torta (vagem)	11,0	2 unidades
Escarola	83,0	15 folhas
Espinafre cozido	60,0	3 colheres de sopa
Jiló cozido	40,0	1 ½ colher de sopa
Mostarda	83,0	8 folhas
Palmito em conserva	100,0	2 unidades
Pepino japonês	130,0	1 unidade
Pepino picado	116,0	4 colheres de sopa
Picles em conserva	108,0	5 colheres de sopa
Picles cru	70,0	10 fatias
Pimentão cru fatiado (vermelho/verde)	72,0	3 colheres de sopa
Pimentão cru picado (vermelho/verde)	72,0	3 unidades
Rabanete	102,0	6 colheres de sopa
Repolho branco cru (picado)	72,0	5 colheres de sopa
Repolho cozido	75,0	5 colheres de sopa
Repolho roxo cru (picado)	60,0	5 colheres de sopa
Rúcula	83,0	15 folhas
Salsão cru	38,0	2 colheres de sopa
Tomate caqui	75,0	2 ½ fatias
Tomate cereja	70,0	7 unidades
Tomate comum	80,0	4 fatias
Vagem cozida	44,0	2 colheres de sopa

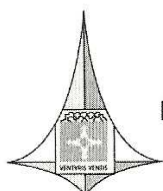
## **Anexo M**

### **Roteiro para Análise Qualitativa dos Registros Alimentares**

1. Como está o fracionamento das refeições (muito tempo em jejum ou beliscando demais)?
2. Existe excesso de bebidas adoçadas? Quais são elas?
3. A quantidade de porções de alimentos do grupo de cereais (pães, biscoitos, farinhas, farelos, batata, macarrão, massas) consumidos por refeição está adequada?
4. A quantidade de porções de doces e frituras está adequada?
5. A quantidade de porções de frutas e vegetais está adequada?
6. O que o grupo sugere de mudanças para cada participante?

## Anexo N

Protocolo de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



**PARECER Nº 004/2011**

**PROTOCOLO Nº DO PROJETO:** 570/11 – Avaliação de eficácia de programa de educação nutricional em grupo para mulheres com excesso de peso.

**Área Temática Especial:** Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

**Validade do Parecer:** 07/11/2013.

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 11 de novembro de 2011.

Atenciosamente.

Maria Rita Carvalho G. Novaes  
 Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
 Coordenadora

Ângela Maria/CEP/SES-DF



## Anexo O:

## Categorias Finais da Análise de Conteúdo

<b>Categorização</b>	<b>Unidades Temáticas</b>	<b>Frequência</b>
<b>1- Comportamentos e estratégias que auxiliam na mudança de hábitos</b>	Beber água ajuda a reduzir a fome	4
	Beber água não ajuda a reduzir a fome	1
	Com a mastigação o sabor é mais apreciado	1
	Comprar menos guloseimas	1
	Dieta sem sacrifício	3
	Evitar sair de casa não é bom	1
	Fracionamento diminuiu a fome	2
	Importância da variedade do cardápio	1
	Importância de se permitir comer em situações especiais para se sentir bem	2
	Não misturar alimentos melhora o sabor da comida	1
	Preferência por dietas não radicais	5
	Saciedade promovida pelas hortaliças	1
	Se parabenizar pelas atitudes funcionais	1
	Emagrecer não é tão difícil quanto esperava	1
	Dieta com alimentos da rotina é mais fácil	1
	Adaptação com a lista de substituições	2
	Conscientização é mais importante que o peso perdido	1
	Dieta não radical	3
	Importância da conscientização da responsabilidade pessoal	3
	Importância da conscientização que o processo de mudança tem altos e baixos	1
	Importância de trazer a comida de casa	2
	Importância do planejamento	1
	Metas realistas	1
	Mudanças graduais e permanentes	1
	Perda de peso gradual	2
	Seleção de alimentos	1
	Ter alguém em casa para fazer a comida facilita a realização da dieta	1
	Valorização do peso perdido e das mudanças realizadas	1
	Gostar de arroz integral	1
	Gostar de comer verduras	4
	Gostar de pão integral	1
	Uso de alimentos integrais	1
	Soltar os talheres	3
	Não cortar toda a carne antes de comer	1
	Comprar alimentos diet para diminuir a vontade de comer doce	1
	Substituição do café por chá calmante para reduzir a ansiedade	1
	Espalhar a comida no prato para visualizar a quantidade	1
	Usar talheres menores para comer mais devagar	1
	Brincar com a comida para comer mais devagar	1
	Se recompensar com dinheiro pelas atitudes funcionais	2
Usar a estratégia de falar para o marido que o triglicerídio alto reduz a libido	1	
Dormir cedo ajuda a comer pouco a noite	1	
Menção ao peso que já teve	1	
Ensino do preparo do arroz parbolizado	1	
Admiração por quem leva seu próprio lanche	1	
Admiração por quem come pouco	1	
Admiração por quem leva marmita	1	
Exemplo de outras pessoas	1	
Seguir o exemplo dos outros	2	
Início da atividade física	1	
Horário da atividade física	2	
Prática de atividade física	1	
Orgulho em fazer atividade física	1	
Gosta da atividade física	1	
<b>2- Motivações para emagrecer</b>	Alterações nos exames bioquímicos	1
	Desvantagens do excesso de peso	1
	Estética como motivação	1

	Felicidade por entrar na roupa	1
	Saúde como motivação	3
	Vantagens de emagrecer	1
	Orgulho em vestir roupas que não cabiam antes	1
	Elogios do marido	2
	Sentimento de mais bem estar quando está magra	1
	Melhora na condição física	1
	O apoio dos outros é mais fácil quando a motivação do emagrecimento é saúde	2
	Exames alterados incentivam o início de mudanças	1
<b>3- Apoio Social</b>	Faltar aos encontros dificulta a adesão da dieta	2
	Divulgação em redes sociais que está de dieta	1
	Agradecimento à pesquisadora	2
	Benefícios do grupo	1
	Grupo como instrumento para melhorar a qualidade de vida relacionada ao trabalho	1
	Importância do apoio das colegas no trabalho	3
	Incentivo do grupo	9
	O grupo no local de trabalho aumenta a adesão	2
	Troca de experiências no grupo	1
	Importância do compromisso com o grupo	2
	Grupo como apoio social importante	1
	Apoio da pesquisadora	1
	Ajuda do programa	1
	Apoio familiar	5
	Apoio familiar : “vigia”	1
	Influência na família	1
	Mudanças nos hábitos da família	10
	Outras pessoas na família são magras	2
	Outros fiscalizam a realização da dieta	1
	Pedir ajuda para família	2
	Troca de experiências pessoais	
<b>4- Educação nutricional</b>	Inclui: dúvidas sobre alimentação e esclarecimentos	18
<b>5- Problemas identificados</b>	“Preguiça” de higienizar a salada	1
	Acomodação com o excesso de peso e hábitos não saudáveis	1
	Colegas que atrapalham	1
	Comer mais devagar	7
	Dificuldade com a quantidade de porções	1
	Dificuldade com o fracionamento	2
	Dificuldade de adaptação com adoçante	1
	Dificuldade de beber água	1
	Dificuldade de comer pela manhã	1
	Dificuldade de resistir a alimentos “tentadores”	8
	Dificuldade de se controlar	1
	Dificuldade de seguir o planejamento alimentar	3
	Dificuldade de usar adoçante	0
	Dificuldade de usar alimentos integrais	3
	Dificuldade de usar o leite desnatado	1
	Dificuldade em adotar novos hábitos	1
	Dificuldade em comer pouca quantidade	2
	Dificuldade em manter a dieta em situações não rotineiras e compromissos sociais	7
	Dificuldade no planejamento da dieta	8
	Dificuldade de fazer o desjejum	2
	Dificuldade de fazer comida só para uma pessoa na casa	2
	Emagrecer é um processo difícil	3
	Fome	9
	Fome	2
	Momentos difíceis dificultam a realização de mudanças de hábitos de vida	3
	Outros insistem para a pessoa comer	3
	Peso na consciência	2
	Praticidade de alimentos industrializados	2
	Preferência por ficar em casa para evitar as tentações	3
	Quantidade consumida de alimento	6
	Restrições alimentares	2
	Restrições alimentares	1

	Rotina corrida atrapalha a realização da dieta	2
	Sacrifício deixar de comer as coisas que gosta	2
	Sensação de fraqueza com a dieta	1
	Dificuldade em diminuir o consumo de doces	1
	Dificuldade em iniciar uma atividade física	1
	Gradiente de reforço	2
	Dificuldade em tirar o açúcar do café	1
	Dificuldade de estabelecer uma rotina alimentar	1
	Comer em grande quantidade	1
	Consumo de doces	1
	Falta de costume de jantar e hábito de lanchar	1
	Hábito de consumo excessivo de pão	1
	Ingestão de líquidos durante as refeições	1
	Uso de temperos industrializados	3
	Excesso alimentar a noite	1
	Fome à noite	1
	Dificuldade financeira	1
	Reorganização financeira para conseguir comprar verduras	4
	Dificuldade de mudar hábitos da família	1
	Família considera a dieta um sacrifício	1
	Família incentiva a comer muito	4
	Família não ajuda	1
	Família não faz salada	1
	Dificuldade em mudar hábitos dos filhos	3
	Fome após atividade física	1
	Irritação após atividade física	3
	Irá iniciar atividade física	
<b>6- Questões relacionadas à autoestima, autoimagem e respostas emocionais</b>	A foto mostra quando se está gorda	1
	Ansiedade	10
	Autoestima	11
	Colocar espelhos na casa para se ver	2
	Compulsão alimentar	1
	Depressão após ganho de peso	2
	Gosta de tirar fotos para se autoavaliar	1
	Importância do cuidado com si mesma	1
	Não gosta de espelhos	2
	Não gosta de tirar fotos	1
	Nervosismo	1
	Redução de libido quando a autoestima está baixa	1
	Relação estresse e nervosismo com a comida	2
	Susto com o peso atual	1
	Tristeza por não caber nas roupas	2
	Tristeza pela reação da amiga	1
	Perda de peso no passado	1
	Depressão aumentou a ingestão alimentar	1
	Analogias depreciativas	1
	Analogias depreciativas com animais	3
	Medo de se pesar	1
	Relato da perda de peso	1
	Considerar pouco o peso perdido	1
<b>7- Proibição, crenças e identidade alimentar</b>	“Pecados alimentares”	1
	Alimentos “proibidos” aumentam a vontade de comê-los	1
	Comidas saudáveis são menos saborosas	1
	O alimento “proibido” é mais gostoso	2
	Identidade cultural	1
	Identidade cultural com a culinária goiana	1
	Pecado deixar comida no prato	1
	Jejum por razões espirituais	1

<b>8- Consumo alimentar e saúde</b>	Hábitos alimentares	2
	Estresse como fator que aumenta a pressão	1
	Não sente fome	4
	Oscilação na quantidade consumida de alimentos	1
	Relato de hipertensão arterial controlada	1
	Relato do que come	3
	Uso de refrigerantes diet/light	1
	Uso de remédios anorexígenos no passado	1
	Males causados pelo consumo de refrigerantes	3
	Sensações desagradáveis após ingestão de alimentos gordurosos	2
	Uso de gordura de porco	3
	Comida com gordura de porco é saborosa, mas faz mal	1
	Comida com azeite também é gostosa	1
	Diminuição do consumo de lipídios	1
<b>9- Mudanças realizadas</b>	Adaptação a quantidades menores	8
	Adaptação ao planejamento	4
	Adaptação ao uso do leite de soja	1
	Adaptação com a escolha de alimentos	10
	Adaptação com o uso do adoçante	2
	Aumento do consumo de frutas	4
	Aumento do consumo de hortaliças	6
	Comer mais devagar	7
	Comer sentada	1
	Compensação dos excessos alimentares com atividade física	2
	Conseguir não repetir o prato	1
	Elaboração do cardápio	1
	Fracionamento	9
	Moderação com chocolate na Páscoa	4
	Mudanças no jantar	1
	Parar de beliscar enquanto prepara as refeições	1
	Percepção da saciedade	2
	Preferência por alimentos mais saudáveis	2
	Redução da quantidade de açúcar para compensar o não uso do adoçante	1
	Redução da quantidade de suco durante as refeições	1
	Redução do consumo de açúcar	6
	Redução do consumo de doces	1
	Redução do consumo de óleo	7
	Redução do consumo de óleo e sal	1
	Redução do consumo de refrigerantes	6
	Redução gradual do uso de açúcar	1
	Redução na quantidade ingerida de alimentos	3
	Redução no consumo de suco	2
	Sair da dieta com moderação	1
	Uso de alimentos light	1
Voltar para dieta após um excesso alimentar	3	
Adaptação com a dieta	2	
Consegue dizer “não” para quem insiste para comer	2	
Continuar seguindo as recomendações	3	
<b>10- Características do programa</b>	Importância da frequência semanal dos encontros	3
	Importância das reuniões nas segundas-feiras	3
	Duração de três meses do programa	2
	Sugestão de trazer mais receitas	1
	Sugestão de continuar o grupo com encontros quinzenais	2
	Solicitação de retorno dos resultados	1
	Programa no local de trabalho facilita a adesão	1