UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALINE CORRÊA DIAS

Avaliação de um programa de educação alimentar: resultados antropométricos e satisfação dos usuários

Ribeirão Preto
2015

ALINE CORRÊA DIAS

Avaliação de um programa de educação alimentar: resultados antropométricos e satisfação dos usuários

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Processo saúde-doença e epidemiologia

Orientador: Rosane Pessa Pilot

RIBEIRÃO PRETO
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dias, Aline Corrêa

Avaliação de um programa de educação alimentar: resultados antropométricos e satisfação dos usuários. Ribeirão Preto, 2015.

94 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Rosane Pessa Pilot

1. Excesso de peso. 2. Educação alimentar e nutricional. 3.Satisfação do usuário.

DIAS, Aline Corrêa

Avaliação de um programa de educação alimentar: resultados antropométricos e satisfação dos usuários

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Dedicatória

*Dedico esse trabalho aos meus pais, **Dias** e **Mariza**, por me incentivarem, dando todo o suporte necessário para conclusão de mais uma etapa. Vocês são meus grandes exemplos e grandes responsáveis por eu ter me tornado a pessoa que sou hoje.*

Agradecimentos

*Aos meus pais, **Dias e Mariza** e as minhas irmãs **Adriana e Giovanna**, pelo constante apoio, carinho e incentivo ao longo de todas as etapas percorridas. Sem essa base nada seria possível!!!*

*A **Profa. Rosane**, que me acolheu deste o primeiro contato com carinho e generosidade. Obrigada por sua sábia orientação, paciência e dedicação, durante essa caminhada.*

*Ao **Fábio**, pela paciência, cumplicidade e ajuda em todos os momentos. Obrigada por estar presente na minha vida.*

*A minha amiga **Fernanda**, pelos sábios conselhos, pelo carinho e paciência em meus momentos de desespero!!! Obrigada pela sua ajuda na conclusão dessa etapa.*

*Às queridas amigas, **Marianas e Christie**, pela amizade e parceria, pelas conversas e desabafos que nos acompanham desde a adolescência.*

*A toda minha **família** e meus **amigos**, pelo apoio em cada dificuldade e pelo carinho em compartilhar os bons momentos.*

Epígrafe

O aprendizado é o que fica depois que o esquecimento fez o seu trabalho

Rubem Alves

RESUMO

DIAS, A.C. **Avaliação de um programa de educação alimentar: resultados antropométricos e satisfação dos usuários.** 2015. 94f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

A obesidade é um grave problema de saúde pública, tanto pelo seu impacto na expectativa média de vida quanto pela piora em sua qualidade. Dessa forma, a promoção da alimentação saudável é uma medida essencial que pode ser alcançada pela educação alimentar e nutricional (EAN), visando à conscientização da população em relação aos benefícios que bons hábitos podem oferecer por meio de diversas ações políticas e estratégias relacionadas a essa área temática. O objetivo deste estudo foi avaliar os resultados de um programa de educação alimentar para perda de peso em relação à antropometria e à satisfação dos usuários. O estudo foi realizado a partir de um banco de dados do Programa de Educação Alimentar (PRAUSP), uma estratégia multiprofissional e interdisciplinar para indivíduos com excesso de peso com duração de 12 semanas, realizado no *Campus* de uma universidade pública. Coletou-se informações sociodemográficas e antropométricas iniciais e finais (peso, altura, circunferência da cintura-CC e circunferência do quadril-CQ) de 176 adultos de ambos os sexos, com excesso de peso, que participaram do programa entre 2007 e 2013. Ainda, foram utilizadas informações contidas no instrumento de Avaliação Final para avaliação da satisfação e mudanças alimentares e comportamentais adquiridas no período de intervenção. As medidas de peso e altura foram utilizadas para cálculo do índice de massa corporal (IMC) e as medidas de circunferências, que também foram utilizadas para o cálculo da relação cintura-quadril (RCQ). Como resultados, verificou-se que a maioria dos participantes era do sexo feminino (81,3%), com idade média de 45 anos (DP =12), casada (61,4%), com o ensino médio concluído (51,7%). O IMC médio dos participantes foi de 33,25 kg/m² (DP = 5,79) no início do programa e 32,13 kg/m² (DP = 5,72) após a intervenção (p=0,000). A circunferência

da cintura (CC) média passou de 101,56 cm (DP = 12,29) para 97,99 cm (DP = 12,35) nas mulheres e de 118,84 cm (DP = 13,05) para 112,62 cm (DP = 11,67) nos homens (p=0,000). A relação cintura quadril (RCQ) também apresentou alteração na amostra total, reduzindo de 0,89 cm (DP = 0,08) para 0,88 cm (DP = 0,08) (p= 0,000). Observou-se que a perda de peso média foi de 3,5%. Sessenta e dois por cento das mulheres e 44,4% dos homens apresentaram perda de até 5%, enquanto 22,9% das mulheres e 42,5% dos homens obtiveram perda ponderal maior que 5%. A maioria dos participantes (84,1%) ficou satisfeita com a estratégia e apresentaram mudanças relacionadas ao hábito alimentar, como aumento do consumo de água e alimentos mais saudáveis, maior fracionamento das refeições e tempo de mastigação. Conclui-se que o programa de educação alimentar teve impacto positivo com resultados bastante satisfatórios, tendo sido bem avaliado pelos participantes. Assim, essa estratégia pode ser considerada uma iniciativa efetiva de EAN para o tratamento do excesso de peso e deve ser implementada em outros espaços comunitários nas áreas da saúde e educação.

Palavras-chave: Excesso de peso; obesidade; educação alimentar e nutricional; satisfação do usuário.

ABSTRACT

DIAS, A.C. **Evaluation of a nutrition education program: anthropometric results and user satisfaction.** 2015. 94f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Obesity is a major public health concern because of its impact on longevity and prejudice in quality of life. Thus, the promotion of healthy eating is a key action that can be achieved by food and nutrition education (FNE). Its aim is to provide public awareness of the benefits of good habits through several political and strategic actions related to this subject area. The objective of this study was to evaluate the results of a nutrition education program for weight loss in relation to anthropometry and user satisfaction. The study was conducted from the database of the Nutrition Education Program (PRAUSP), a 12-week multidisciplinary and interdisciplinary strategy for overweight individuals, held on the campus of a public university. Initial and final socio-demographic and anthropometric information were collected (weight, height, waist circumference - WC, and hip circumference - HC) from 176 overweight adults of both sexes, who participated in the program between 2007 and 2013. Information contained in the Final Assessment instrument were also used for assessing satisfaction and dietary and behavioral changes acquired during the intervening period. Weight and height measurements were used to calculate the Body Mass Index (BMI) and circumference measures were used to evaluate the waist-hip ratio (WHR). Most participants were female (81.3%) and, on average, participants were 45 years of age (SD = 12). The majority of the sample was married (61.4%) and 51.7% had completed the high school. The mean BMI of the participants was 33.25 kg/m² (SD = 5.79) at the beginning of the program and 32.13 kg/m² (SD = 5.72) after the intervention (p = 0.000). Mean waist circumference (WC) went from 101.56 cm (SD = 12.29) to 97.99 cm (SD = 12.35) among women and 118.84 cm (SD = 13.05) to 112.62 cm (SD = 11.67) among men (p = 0.000). The waist-hip ratio (WHR) also changed in the total sample, reducing from 0.89 cm (SD = 0.08) to 0.88 cm (SD = 0.08) (p =

0.000). The average weight loss was 3.5%. Sixty-two percent of women and 44.4% of men showed loss of up to 5%, while 22.9% of women and 42.5% of men lost more than 5% of weight. Most of participants (84.1%) were satisfied with the strategy and presented changes related to eating habits, such as increase in water consumption and healthier foods, more fractionated meals and higher chewing time. It is concluded that the nutrition education program had a positive impact. Results were very satisfactory and the program was well evaluated by the participants. Therefore, this strategy can be considered an effective initiative of food and nutrition education for the treatment of overweight and should be implemented in other community spaces in the areas of health and education.

Keywords: Overweight; obesity; food and nutrition education; user satisfaction.

RESUMEN

DIAS, A.C. **Evaluación de un programa de educación alimentar: resultados antropométricos y satisfacción de los usuários.2015. 94f. Disertación (Mestrado).** Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto- Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

La obesidad es un grave problema de salud pública, tanto por su impacto en la expectativa media de vida cuanto por la queda en su cualidad. De esa manera, la promoción de la alimentación saludable es una medida esencial que puede ser alcanzada por la educación alimentar y nutricional (EAN), visando a la concientización de la población en relación a los beneficios que buenos hábitos pueden ofrecer por medio de diversas acciones políticas y estrategias relacionadas a esa área temática. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados de un programa de educación alimentar para pérdida de peso en relación a la antropometría y la satisfacción de los usuarios. El estudio fue realizado a partir de un banco de dados del Programa de Educación Alimentar (PRAUSP), una estrategia multiprofesional e interdisciplinar para individuos con exceso de peso con duración de 12 semanas, realizado en el Campus de una universidad pública. Se colectó informaciones sociodemográficas y antropométricas iniciales y finales (peso, altura, circunferencia de la cadera CQ) de 176 adultos de ambos los sexos, con exceso de peso que participaron del programa entre 2007 e 2013. Aún, fueron utilizadas informaciones contenidas en instrumento de Evaluación Final para evaluación de la satisfacción y cambios alimentares y comportamentales adquiridas en el período de intervención. Las medidas de peso y altura fueron utilizadas para cálculo del índice de masa corporal (IMC) y las medidas de circunferencias fueron utilizadas para cálculo de la relación cintura cadera (RCQ). Como resultados, se verificó que la mayoría de los participantes era del sexo femenino (81,3%), con edad media de 45 ± 12 años, casada (61,4%) con la enseñanza media concluida (51,7%). El IMC medio de los participantes fue de 33,25 kg/m^2 en el inicio del programa y 32,13 kg/m^2 (DP= 5,72) después a la intervención (p=0,000). La circunferencia de la cintura (CC) pasó de 101,56 cm (DP= 12,29) para 97,99 cm (DP = 12,35) en las mujeres y de 118.84 cm (DP = 13,05) para 112, 62 cm (DP = 11,67) en los hombres (p=0,000). La relación cintura cadera (RCQ) también presentó alteración en la amuestra total, reduciendo de 0,89 cm (DP = 0,08) para 0,88 cm (DP = 0,08) (p=0,000). Se observó que la pérdida de peso media fue de 3,5 %. Sesenta y dos por ciento de las mujeres y 44,4% de los hombres obtuvieron pérdida ponderal mayor que 5%. La mayoría de los participantes (84,1%) se quedaron satisfechos con la estrategia y presentaron cambios relacionados al hábito alimentar, como aumento del consumo de agua y alimentos más saludables, mayor fraccionamiento de las alimentaciones y tempo de masticación. Se

concluye que el programa de educación alimentar tuvo impacto positivo con resultados bastante satisfactorios, teniendo sido bien evaluado por los participantes. Así, esa estrategia puede ser considerada una iniciativa efectiva de EAN para el tratamiento del exceso de peso y debe ser implementada en otros espacios comunitarios en las áreas de la salud y educación.

Palabras - Llave: Exceso de peso; obesidad; educación alimentar y nutricional; satisfacción del usuario.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e clínicos dos participantes do estudo (n=176) 45

Tabela 2 - Dados antropométricos no período inicial e final dos participantes do estudo da amostra total (n=176) e por sexo 46

Tabela 3 - Circunferência da cintura (cm) dos participantes do estudo (n=176) de acordo com o sexo, no período inicial e final, em média e desvio-padrão 47

Tabela 4 - Circunferência da cintura (cm), por classificação de risco, dos participantes do estudo (n=176) de acordo com o sexo, no período inicial e final 47

Tabela 5 - Satisfação dos participantes do estudo (n=176) ao final do programa 48

Tabela 6 - Mudanças de hábitos relatadas pelos participantes (n=176) com o programa 51

Tabela 7 - Sugestões e críticas dos participantes (n=176) ao programa 52

Lista de Siglas

CC	Circunferência da Cintura
CMPSPD	Centro Multidisciplinar de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças
CQ	Circunferência do Quadril
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
GO	Grupo Operativo
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LaPICC	Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
PRAUSP	Programa de Educação Alimentar
RCQ	Relação Cintura – Quadril
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
TCCG	Terapia Cognitiva Comportamental em Grupo
USP	Universidade de São Paulo
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. Introdução 17

2. Revisão da Literatura 20

2.1 Educação nutricional 21

2.2 Obesidade..... 30

3. Objetivos 37

4. Casuística e métodos 39

4.1 Tipo de local do estudo 40

4.2 Participantes 41

4.3 Instrumentos e procedimentos 42

4.4 Análises dos dados 42

4.5 Questões éticas 43

5. Resultados 44

6. Discussão 53

7. Conclusões e considerações finais 70

Referências 73

Anexos 88

1. Introdução

É fato incontestável que a alimentação nutricionalmente adequada pode atuar tanto na prevenção como no tratamento de doenças. Nesse sentido, torna-se cada vez mais evidente a importância da avaliação dos hábitos alimentares da população, uma vez que tem sido observado que é cada vez maior o número de pessoas se alimentando de forma inadequada nos dias de hoje (FELIPE et al., 2011).

Como provável consequência dessa situação, o excesso de peso em adultos vem aumentando continuamente desde meados da década de 1970 e, no momento, é encontrado em cerca de metade dos brasileiros. Comparando resultados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2008-2009 com os da POF 2002-2003, nos últimos seis anos a frequência de pessoas com excesso de peso aumentou em mais de um ponto percentual ao ano, o que indica que, em cerca de dez anos, o excesso de peso poderia alcançar dois terços da população adulta do Brasil, magnitude idêntica à encontrada na população dos Estados Unidos. Projeção semelhante é apontada pelos inquéritos telefônicos anuais realizados, desde 2013, pelo Ministério da Saúde pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2014) em todas as capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal.

À medida que o sobrepeso e a obesidade expressam essencialmente o desequilíbrio entre ingestão e utilização de calorias pelo organismo humano, a explicação para o aumento da frequência dessas condições deve ser procurada em mudanças nos padrões de alimentação e de atividade física da população (IBGE, 2010).

A análise da POF 2008-2009 revela tendência crescente de aquisição de bebidas e alimentos industrializados (como refrigerantes, bebidas alcoólicas e comida pronta), implicando em aumento na densidade energética das refeições e padrões de alimentação,

capazes de comprometer a autorregulação do balanço energético dos indivíduos e aumentar o risco de obesidade na população (IBGE, 2010).

Neste contexto, a promoção da alimentação saudável é uma medida essencial que pode ser alcançada pela educação alimentar e nutricional (EAN), visando à conscientização da população em relação aos benefícios que bons hábitos podem oferecer através de diversas ações políticas e estratégias relacionadas a essa área temática.

2. Revisão Bibliográfica

2.1 Educação Alimentar e Nutricional

A educação alimentar, como era conhecida nos primórdios do século passado, teve suas primeiras iniciativas documentadas no Brasil a partir da década de 30, quando o interesse pela ciência da nutrição começou a crescer em vários países. Na década de 1940, esse tema despertou interesse da Organização Mundial de Saúde (OMS), que passou a estudá-lo, sobre influência do Comitê sobre Hábitos Alimentares e do Conselho Nacional de Pesquisa dos Estados Unidos da América, onde os métodos mais eficazes para modificar hábitos alimentares já eram investigados. Nessa década, as ações educativas eram promovidas por meio de impressos e boletins representando a transmissão de orientações e conhecimentos sobre alimentos e seus nutrientes (BOOG, 1997). Desde o seu surgimento até a década de 1960, a educação alimentar no Brasil esteve vinculada às campanhas de introdução de novos alimentos e às práticas educativas que se tornaram um dos pilares das políticas de alimentação e nutrição no período (SANTOS, 2005).

A década de 70 trouxe mudanças expressivas nesse cenário a partir das pesquisas sobre consumo alimentar da população brasileira (Estudo Nacional de Despesa Familiar – Endef, 1975), que revelaram a deficiência quantitativa de alimentos que a população apresentava, principalmente as classes de baixa renda. Mudanças de paradigmas no campo da educação e das políticas vigentes culminaram com a fixação do termo “educação nutricional”, e não mais “alimentar”, mesmo que com poucas e pontuais iniciativas adotadas pelo governo (BOOG, 1997).

Após duas décadas de estagnação, em 1990, a educação alimentar e nutricional (EAN), termo adotado a partir de então, alcançou um ponto importante de seu processo de construção. Após ter percorrido um longo caminho, permeado por fases de grande reconhecimento e iniciativas e por outros, de descrédito e esquecimento, esse tema alcançou

mudanças conceituais e práticas significativas, sendo inserido, atualmente, no âmbito das políticas públicas (BOOG, 1997).

Dentre as políticas públicas encontra-se a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 1999 pelo Conselho Nacional de Saúde, que faz parte do conjunto de ações e políticas do governo voltadas à compreensão do direito humano universal, bem como à alimentação e nutrição. A PNAN tem como propósito melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira (BRASIL, 2012).

Como a alimentação é reflexo direto da sociedade que a determina, um dos desafios da EAN é relacionar os componentes biológicos, sociais, culturais e ambientais no processo alimentar, uma vez que o ato de comer, além de satisfazer as necessidades biológicas, é também fonte de prazer, de socialização e de expressão cultural (BRASIL, 2012).

Pode-se dizer ainda, que as características dos modos de vida contemporâneos influenciam, significativamente, o comportamento alimentar, com oferta ampla de opções de alimentos e preparações alimentares, além do apelo midiático, da influência do *marketing* e da tecnologia de alimentos. Portanto, o poder e a autonomia de escolha do indivíduo são mediados por esses fatores, sendo que as ações que visam interferir no comportamento alimentar devem considerar tais fatores e envolver diferentes setores e profissionais (BRASIL, 2012). Sendo assim, a cultura de um povo pode determinar a adoção de um padrão alimentar particular, incluindo suas crenças e tabus. Neste contexto, uma ferramenta amplamente difundida e aplicada para a promoção da saúde é a EAN (CARVALHO, 2005).

2.1.1 Definição e conceitos

A adoção de um conceito de EAN deve considerar aspectos que contemplem desde a evolução histórica e política no Brasil às múltiplas dimensões da alimentação, dos alimentos e os diferentes campos de saberes e práticas conformando uma ação que integre o conhecimento científico ao popular (BRASIL, 2012).

Várias definições e conceitos sobre EAN são encontrados na literatura desde o passado até os dias atuais. Na década de 80, Motta e Boog (1984) definiram EAN como "processo de transmitir ao público conhecimentos que visem à melhoria da saúde por meio da promoção de hábitos alimentares adequados, eliminação de práticas dietéticas insatisfatórias, introdução de melhores práticas higiênicas e uso mais eficiente dos recursos alimentares".

Contento et al. (1995), após extensa revisão em pesquisas sobre EAN, a conceituaram como sendo “qualquer experiência de ensino desenvolvida para facilitar a adoção voluntária de comportamento alimentar ou outra relacionada com nutrição, com a finalidade de conduzir um estado de saúde e bem-estar”.

Mais tarde, surgiu a seguinte definição: “um conjunto de estratégias sistematizadas para impulsionar a cultura e a valorização da alimentação, concebidas no reconhecimento da necessidade de respeitar, mas também modificar crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação, visando o acesso econômico e social a uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada, que atenda aos objetivos de saúde, prazer e convívio social” (BOOG, 2004).

Já para Cordeiro (2008), a EAN pode ser definida como “uma variedade de experiências planejadas para facilitar a adoção voluntária de hábitos alimentares ou de qualquer comportamento relacionado à alimentação que conduza à saúde e ao bem–estar”.

Mais recentemente, o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas, cita que a “Educação Alimentar e Nutricional, é um campo de

conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis. A prática da EAN deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais, considerando todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que compõem o comportamento alimentar" (BRASIL, 2012).

Portanto, definir um conceito de EAN não é tarefa fácil, pois se devem considerar vários aspectos que contemplem desde a evolução histórica e política da EAN no Brasil às múltiplas dimensões da alimentação e do alimento e os diferentes campos de saberes e práticas conformando uma ação que integre o conhecimento científico ao popular (BRASIL, 2012).

Alguns autores defendem que a EAN volta-se para a formação de valores, para o prazer, a responsabilidade, a atitude crítica, assim como para o lúdico e a liberdade (RODRIGUES; SOARES; BOOG, 2005). Deve ser planejada de maneira que atinja toda a população, sendo nas comunidades, grupos ou indivíduos, visando difundir a informação dos problemas nutricionais existentes, bem como os aspectos da economia que influenciam o acesso à alimentação (BOOG, 2004).

A EAN é um método considerado saudável, sensato e seguro, que deve ser seguido por toda a vida, uma vez que pressupõe a aquisição e a incorporação de novos hábitos e comportamentos alimentares (ROTENBERG; VARGAS, 2004). Além de promover o desenvolvimento da capacidade de compreender práticas e comportamentos, ela também estimula tanto o conhecimento como as aptidões resultantes desse processo. Contribui também para a integração do indivíduo com o seu meio social proporcionando-lhe condições para que possa tomar decisões e solucionar os problemas associados à alimentação (RODRIGUES; BOOG, 2006).

2.1.2 Aplicação em grupo

Segundo Laus et al. (2013) uma das formas de incentivar a formação de atitudes e práticas alimentares saudáveis em diferentes populações se dá pelo desenvolvimento e execução de programas de educação nutricional, que quando realizados em grupo, podem apresentar-se como importante estratégia para mudança de hábitos. Isso se deve, principalmente, pela interação que ocorre entre os participantes do grupo, e a motivação apresentada pela busca do objetivo em comum (COSTA et al., 2008).

Segundo Trentini e Gonçalves (2000), grupo é definido como o face a face de duas ou mais pessoas com propósitos ou metas comuns. Pertencer a um grupo implica na construção de um processo de socialização, onde são estabelecidos códigos, reconhecidos valores e assimilada uma linguagem comum.

A utilização do grupo como recurso terapêutico começou com o fisiologista americano J. Pratt, em 1905, em uma enfermaria com mais de 50 pacientes tuberculosos, ele criou, intuitivamente, o método de “classes coletivas”, que consistiam em uma aula sobre a higiene e os problemas da tubercolose, seguida de perguntas dos pacientes e da sua livre discussão com o médico (ZIMERMAN, 1993). Sendo assim, uma longa tradição tem marcado a utilização de grupos na área da saúde. Na década de 1970, os grupos denominados operativos ganharam a atenção dos profissionais de saúde pelo seu grande potencial de aplicabilidade e pela sistematização que traziam para o processo grupal. A organização de grupos como modalidade de atenção coletiva à população tem sido cada vez mais frequente nos serviços de saúde, o que se pode verificar pela participação de muitos clientes em vários grupos nos centros de saúde (FERNANDES, 2006).

Pichon-Rivière, nascido em Genebra (Suíça) em 25 de junho de 1907 é o psicanalista que introduz a dinâmica de grupos operativos, na década de 40 do século XX. Para ele o

grupo operativo é constituído de pessoas reunidas com um objetivo comum, chamado de "grupo centrado na tarefa que tem por finalidade *aprender a pensar* em termos de resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal". Ele definiu o grupo como um conjunto de pessoas, ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propunham, explícita ou implicitamente, a uma tarefa, interatuando em uma rede de papéis com o estabelecimento de vínculos entre si. Assim, a teoria dá grande importância aos vínculos sociais, que são a base para os processos de comunicação e aprendizagem, considerando que o ser humano é essencialmente um sujeito social. O grupo se põe como uma rede de relações com base em vínculos entre cada componente e todo o grupo e vínculos interpessoais entre os participantes modelando a sua intervenção em grupo, atribuindo à técnica um caráter dinâmico e interdisciplinar, empregado na educação (grupos de ensino) e na terapia (grupoterapia) (PICHON-RIVIÈRE, 1998).

O objetivo do Grupo Operativo (GO) é promover a aprendizagem das pessoas envolvidas. O GO busca a elaboração do saber por meio da relação consigo e com o outro, conduzida pela comunicação e inter-relações, condições propícias para uma leitura crítica da realidade. Considerando que a saúde é promovida quando há apropriação ativa e criativa da realidade, caracterizando assim, o processo de aprendizagem, o GO torna-se uma tecnologia educacional na abordagem de temas diversos relacionados à vida, sobretudo da saúde. Igualmente, ele pode apresentar-se com caráter assistencial, visto sua capacidade terapêutica ao promover a escuta reflexiva com a elaboração das subjetividades e superação das estereotipias (BASTOS, 2010).

Na área da nutrição a intervenção quando realizada em grupo, é uma estratégia facilitadora da educação alimentar, pois auxilia no processo de identificação de pessoas que sofrem do mesmo problema. Possibilita ainda, a quebra da tradicional relação vertical que existe entre o profissional de saúde e o sujeito da sua ação (SOUZA et al., 2005). As

atividades educativas em grupo propiciam a cada um dos participantes constantes trocas de informações e favorecem o esclarecimento de dúvidas. Além disso, atenuam as ansiedades, pois o indivíduo consegue usar a experiência positiva ou negativa de um companheiro para o seu próprio processo de mudança (NOBRE; PIERIN; MION, 2001).

Da mesma forma, Pontes (2000), afirma que o trabalho em grupo pode favorecer o tratamento uma vez que os participantes, ao sentirem-se mais amparados e aceitos, alcançam melhores resultados. Além disso, a intervenção em grupo pode beneficiar um número maior de sujeitos por profissional envolvido em cada atendimento (MELLO et al., 2004).

Em virtude da motivação promovida pela interação dos participantes, acredita-se que a EAN em grupo torna-se uma importante estratégia para mudança de hábitos, fundamentalmente quando a intervenção se dá semanalmente ou com maior frequência, evitando assim o abandono das práticas sugeridas. Dessa forma, evidencia-se que uma intervenção nutricional combinando atividades em grupo e orientação nutricional, pode ser uma importante estratégia para uma evolução positiva do estado nutricional (CUNHA; ALBANO, 2013).

Vários estudos relatam resultados positivos obtidos por programas de EAN desenvolvidos em grupos. Teixeira et al. (2013) avaliaram a eficácia de dois métodos de intervenção nutricional educativa em 52 mulheres praticantes de atividade física regular, frequentadoras do Programa Academia da Cidade (Aracaju, SE). As ações educativas foram baseadas em dois protocolos, um com ação menos intensiva (Grupo P1) e outro mais intensivo (Grupo P2), num período de dois meses. As variáveis analisadas foram as de conhecimento nutricional, medidas antropométricas e mudanças nos hábitos alimentares. As modificações identificadas foram a melhora nos hábitos alimentares e redução do peso e Índice de Massa Corpórea para o Grupo P2. As modificações citadas referiram-se, principalmente, ao aumento do consumo de frutas, verduras e legumes, redução de gordura

das preparações, redução do volume do alimento ingerido por refeição e aumento do fracionamento da dieta. A intervenção nutricional mais intensiva mostrou-se eficaz para mudanças de hábitos alimentares com repercussão na perda de peso corporal.

Na pesquisa realizada por Felippe et al. (2011), o objetivo foi comparar a qualidade da dieta de indivíduos expostos a um programa de educação alimentar à dieta de indivíduos sem orientação nutricional prévia. Adultos de ambos os sexos foram avaliados em dois grupos: o primeiro com 54 indivíduos expostos a um programa de educação alimentar por 18 meses e outro grupo, composto por 46 indivíduos sem orientação nutricional prévia nos últimos 6 meses. Ambos os grupos foram submetidos a avaliação antropométrica (peso, estatura, índice de massa corporal e circunferência da cintura) e do consumo alimentar (dois recordatórios alimentares de 24 horas). Os resultados indicaram que a qualidade da dieta de indivíduos expostos a um programa de educação alimentar foi superior à de indivíduos sem orientação nutricional prévia. Os dados reforçam a importância da educação nutricional para a modificação dos hábitos alimentares e a consequente melhora da qualidade da dieta das populações.

2.1.3 Educação Alimentar e Nutricional utilizando Terapia Cognitivo–Comportamental (TCC)

Estudos mostram que aspectos emocionais podem estar associados à obesidade, como a ansiedade, depressão e dificuldades comportamentais. O indivíduo obeso, muitas vezes, sofre discriminações e é estigmatizado socialmente, atrapalhando seu funcionamento físico e psíquico, podendo causar impacto negativo em sua qualidade de vida. A obesidade representa um custo elevado para a saúde pública por ser causadora de diversas doenças e, no plano

psicológico, verificam–se indícios de diminuição da autoestima, depressão e distúrbio da autoimagem (LUIZ et al., 2005; VILLARES; RIBEIRO; SILVA, 2003).

Segundo Mcguire et al. (1999), o tratamento da obesidade deve ser multidisciplinar, pois não existe uma abordagem efetiva a longo prazo que não envolva mudança de estilo de vida. O sucesso depende de constante vigilância na adequação do nível de atividade física e de ingestão de alimento, além de outros fatores como apoio social, familiar e automonitorização. Pessoas com obesidade devem ter orientação e apoio de profissionais de saúde, principalmente das áreas de nutrição, medicina, psicologia e educação física.

Criada por Aaron Beck em 1956, a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), foi posteriormente adaptada por pesquisadores do mundo inteiro, para ser utilizada em inúmeros transtornos e problemas psicológicos. Vários estudos demonstram que a TCC auxilia pessoas que enfrentam as mais diversas adversidades, incluindo depressão, ansiedade, transtornos alimentares, obesidade, tabagismo e comportamentos adictos (RANGÉ et al., 2011).

A TCC baseia-se no conceito de que a maneira como as pessoas pensam afeta o que elas sentem e fazem. Neste sentido, a TCC busca auxiliar na identificação de pensamentos sabotadores e a responder a eles, de maneira funcional, o que leva a pessoa se sentir melhor e a se comportar de modo mais adaptativo ao seu ambiente. Sendo assim, a TCC modifica as crenças disfuncionais dos indivíduos com excesso de peso sobre alimentação e dietas através da reestruturação cognitiva, substituindo-as por crenças mais funcionais (BECK, 1997).

Quando aplicada em grupo, as técnicas cognitivas e comportamentais devem ser inseridas mediante uma compreensão abrangente dos fatores do processo grupal. Estes, interagindo entre si constantemente, modificam a experiência do grupo para seus membros. Portanto, o resultado terapêutico em Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) é determinado tanto pelas estratégias formais da TCC quanto pelo processo grupal (BIELING; MCCABE; ANTONY, 2008). Deste modo, em TCCG o grupo torna-se um sistema eficaz que

possibilita aplicação de técnicas específicas com objetivo de atingir resultados específicos no âmbito da remissão sintomatológica. Sendo assim, na grande maioria das modalidades de TCCG, os grupos apresentam sintomatologias e metas comuns, caracterizando certa homogeneidade na composição dos grupos, o que diferencia o tratamento da TCCG de outras modalidades grupais de intervenção (NEUFELD, 2011).

A EAN tem sido objeto de estudo de vários trabalhos que apontam a correlação entre comportamento alimentar e doenças crônicas não transmissíveis que estão associadas ao excesso de peso (SAHYOUN, 2002). A utilização dessa estratégia possibilita mudanças alimentares significativas com perda e manutenção de peso por meio do fracionamento das refeições, da ingestão variada de alimentos em quantidade e qualidade adequadas (ROTENBERG; VARGAS, 2004).

2.2 Obesidade

Durante muito tempo, a obesidade foi vista como sinônimo de beleza, bem estar físico, riqueza e poder. Atualmente constitui-se um importante problema de saúde pública, tanto pelo seu impacto na expectativa média de vida como pela piora que causa na sua qualidade. Já é a principal causa de morte evitável, ao lado do tabaco (VIUNISKI, 2003).

O estado mais grave do excesso de peso é a obesidade, sendo caracterizada como uma das doenças que integra o grupo de doenças crônicas não transmissíveis (LINO; MUNIZ; SIQUEIRA, 2011). A obesidade e o sobrepeso são definidos como um acúmulo de gordura anormal ou excessivo que pode resultar em prejuízos à saúde de um indivíduo (OMS, 2013), causado, na maioria das vezes, pelo desequilíbrio entre ingestão de alimentos e o gasto energético (FERREIRA; MAGALHÃES, 2006). Seu aparecimento e desenvolvimento acarretam enormes prejuízos, uma vez que está associado ao aumento dos riscos para o

acometimento de doenças cardíacas, aterosclerose, hipertensão arterial, hiperlipidemias, diabetes, osteoartrites, patologias biliares e vários tipos de câncer (CARVALHO et al., 2009; MONTEIRO et al., 2004).

A classificação do sobrepeso e da obesidade segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é feita de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), que é calculado por meio da divisão do peso corporal pela altura ao quadrado. Quando o resultado obtido for superior a 25 kg/m² indica sobrepeso e acima de 30 kg/m² obesidade. Quanto à gravidade, classifica-se a obesidade em grau I (IMC entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m²), grau II (35 kg/m² e 39,9 kg/m²) e grau III maior que 40 kg/m². Dados epidemiológicos do IBGE (2004) relacionam o aumento significativo de várias doenças crônicas ao maior valor do IMC.

2.2.1 Etiologia da obesidade e Prevalência

A etiologia da obesidade não é facilmente identificada na grande maioria dos casos, apesar do crescente número de estudos realizados a essa doença. Tal dificuldade deve-se ao fato dela ser caracterizada como uma doença multifatorial e, como tal, sua etiologia pode-se tornar controvertida, visto que existem contribuições comportamentais do estilo de vida e aspectos fisiológicos no desenvolvimento e na manutenção desta (DÂMASO, 2003). A obesidade pode se causada pela alteração do balanço energético aumentando o consumo calórico, pela diminuição do gasto energético ou por ambos. Pode-se avaliar o consumo calórico por meio do hábito alimentar, usando diários alimentares ou listas de checagem de alimentos, mas a interpretação das informações precisa ser cuidadosamente analisada em razão de subestimação regular. Determina-se o gasto energético diário pela taxa metabólica basal (60% a 70%), pelo efeito térmico dos alimentos (10%) e pelo gasto de energia com atividade física. Atividade física é o mais importante componente variável, representando

cerca de 20% a 30% do gasto energético total em adultos (SWUIBURN; RAVUSIN, 1994; MENDEZ et al., 2004).

Segundo Abreu e Cardoso (2008), o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade no país se deve a diferentes fatores socioculturais que alteraram o padrão alimentar, tais como: migração interna, alimentação fora de casa, aumento da oferta de refeições rápidas, aumentos da utilização de alimentos industrializados. Outro fator se refere à mudança na prática de atividade física. Diminuição da necessidade do esforço físico no trabalho, alterações nas opções de atividades de lazer, uso crescente de equipamentos eletrônicos, dentre outros aspectos, contribuíram para redução da frequência e da intensidade de atividades físicas no dia-a-dia, com a adoção de estilos de vida sedentários.

A prevalência crescente da obesidade é representativa das mudanças negativas no estilo de vida dentro do contexto da sociedade moderna. Fatores ambientais e comportamentais, particularmente o declínio da atividade física, seja pelo lazer ou trabalho, associados ao maior consumo de alimentos ricos em gordura e calorias, ocasionaram a elevação dos índices de obesidade (CORMICK; CLARKE, 2004).

A literatura aponta que fatores psicossociais exercem contribuição importante na etiologia e na manutenção da obesidade, visto que é uma doença associada a estilo de vida. Nessa direção, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) assinala que “o sobrepeso e a obesidade também estão associados a distúrbios psicológicos, incluindo depressão, transtornos alimentares, imagem corporal distorcida e baixa auto-estima. As prevalências de ansiedade e depressão são de três a quatro vezes mais altas entre indivíduos obesos”. Por esse motivo, e tendo em vista que o comportamento alimentar não está relacionado exclusivamente ao controle de aspectos físicos ou nutricionais relacionados ao ato de comer, abordagens psicológicas podem contribuir para a mudança dessa condição (SANTOS, 2010).

Segundo dados do IBGE (2010), nos 34 anos decorridos de 1974-1975 a 2008-2009, a prevalência de excesso de peso em adultos aumentou em quase três vezes no sexo masculino (de 18,5% para 50,1%) e em quase duas vezes no sexo feminino (de 28,7% para 48,0%). No mesmo período, a prevalência de obesidade aumentou em mais de quatro vezes para homens (de 2,8% para 12,4%) e em mais de duas vezes para mulheres (de 8,0% para 16,9%). Os dados apontam que no Brasil, a área que detém a maior concentração de pessoas com excesso de peso e obesidade é a região Sul, seguida pela região Sudeste. De acordo com Kümpel et al. (2011), o país apresenta índices elevados de obesidade em populações de baixa renda, sendo as mulheres mais afetadas em relação aos homens, uma vez que apresentam maior longevidade bem como maior procura pelo atendimento à saúde.

Segundo o relatório sobre Estatísticas da Saúde Mundial do ano de 2012, a OMS destacou o aumento da obesidade e relatou que em todas as regiões do mundo, essa situação duplicou entre 1980 e 2008, sendo 12% da população mundial considerada obesa. Também foi registrado que o nível mais alto de obesidade está na região das Américas (26% dos adultos) e o mais baixo no Sudeste Asiático (3% dos adultos) (WHO, 2012). Destacou-se ainda, que em 2008, mais de 1,4 bilhão de adultos (acima dos 20 anos de idade) estavam acima do peso, sendo que dentre esses indivíduos, mais de 200 milhões de homens e quase 300 milhões de mulheres estavam obesos (WHO, 2013).

2.2.2. Tratamento da obesidade

Para o tratamento da obesidade existem várias estratégias como, mudanças no estilo de vida, prática de atividade física, suporte psicológico e mudanças no padrão alimentar sendo que esta é uma atividade associada ao aconselhamento dietético e à EAN, prescrição de medicamentos e cirurgia, (RODRIGUES; SOARES; BOOG, 2005) Para que a EAN seja

eficiente é necessário conhecer o indivíduo e seus hábitos alimentares, pois por meio desses dados será possível identificar quais os pontos que devem ser orientados e monitorados no combate à obesidade (GAMBARINI, 2003).

A abordagem de primeira escolha deve focar na adoção de uma alimentação saudável, posto que ela envolve a educação alimentar de maneira a alcançar melhor adequação de quantidade, qualidade e saciedade no comportamento alimentar. Com relação à qualidade, a alimentação saudável diz respeito a uma composição alimentar diária em que todos os grupos alimentares como carboidrato, gorduras, proteínas, vitaminas, fibras e minerais estejam presentes. "A diversidade dietética que fundamenta o conceito de alimentação saudável pressupõe que nenhum alimento específico ou grupo deles, isoladamente, é suficiente para fornecer todos os nutrientes necessários a uma boa nutrição e consequente manutenção da saúde" (BRASIL, 2008).

Para Barlow e Dietz (1998), o tratamento da obesidade deve ser direcionado para alteração do comportamento devendo os programas instituírem mudanças permanentes, ao invés de dietas a curto prazo ou rotinas de exercício destinados à rápida perda de peso. Nesse contexto, alguns programas de educação em saúde utilizam a formação de grupo como estratégia para a promoção de saúde por meio de dinâmicas que proporcionam forte incentivo para a educação, valorizando o relato das experiências dos próprios integrantes, permitindo um processo integrador (TORRES et al., 2009).

2.2.3 Satisfação dos usuários de serviços de saúde

A literatura é escassa em estudos que se dedicam a exaurir os resultados de intervenções que mensurem a satisfação dos usuários de serviços de saúde, visto que a avaliação da qualidade da assistência à saúde é uma importante ferramenta no planejamento e

na gestão dos serviços e sistemas de saúde (WESTAWAY et al., 2003). A qualidade dos serviços de saúde passou a ser discutida, com maior ênfase, a partir da segunda metade do século 20, quando se iniciaram as pesquisas sobre a avaliação da assistência em saúde, com foco na qualidade do atendimento (DONABEDIAN, 1990). Sendo a população em sua totalidade beneficiada com projetos e ações em saúde, a opinião dos usuários em relação a qualidade da atenção é considerada de extrema importância quando se busca avaliar esses serviços. Assim, não se pode deixar de considerar sua percepção, a fim de contribuir para a melhoria do sistema de saúde (MOIMAZ et al., 2010).

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde pode fundamentar-se em três aspectos: estrutura, processo e resultados. A avaliação da estrutura diz respeito aos recursos físicos, materiais e humanos (quantitativo) existentes no âmbito da assistência a saúde; a avaliação do processo engloba as atividades e ou os procedimentos empregados, ou seja, o processo de trabalho e a dos resultados enfatiza os efeitos das ações e dos procedimentos sobre o estado de saúde do usuário como resultante da assistência recebida. A avaliação da satisfação do usuário acerca da assistência oferecida é importante componente de avaliação no que diz respeito à qualidade de atendimento recebido (MACHADO; NOGUEIRA, 2008).

As avaliações técnicas devem ser complementadas com a percepção dos indivíduos que recebem o cuidado sobre a satisfação com os serviços e programas. O sentido fundamental ao se teorizar no campo da avaliação dos serviços de saúde é, sobretudo, o de buscar converter os conceitos em estratégias, critérios e padrões de medição, a fim de contribuir para a produção de medidas úteis que auxiliem na tomada de decisão e subsidiem aperfeiçoamentos no âmbito dos serviços. Além disso, a análise da satisfação com os serviços de saúde na perspectiva dos usuários permite maior adequação e promoção da assistência à saúde a partir das suas reais necessidades (ESPERIDIÃO, 2006). Segundo Moimaz et al. (2010), a percepção do usuário é de extrema importância ao se dimensionar o reflexo das

ações que vem sendo desenvolvidas no setor saúde, e serve como vetor de direcionamento e planejamento do serviço.

Os aspectos subjetivos da qualidade de programas e serviços, incluindo a avaliação da satisfação dos usuários, são pouco explorados e abrigam questões a serem desveladas, já que podem carregar particularidades de cada contexto e cenário (UCHIMURA; BOSI, 2002). Alguns estudos têm sido realizados, buscando avaliar o grau de satisfação de usuários dos serviços de saúde. Um dos principais pontos discutidos nesses trabalhos é a crescente e cada vez mais consensual opinião de que a maioria das ações de saúde não tem levado em consideração a concordância e a aceitação do paciente (MOIMAZ et al., 2010).

A efetividade das ações de saúde no campo da nutrição depende do desenvolvimento e da avaliação de programas de intervenção que considerem a realidade sociocultural. Programas de educação nutricional devem planejar estratégias baseadas na cultura alimentar, reconhecendo também a necessidade de modificar crenças, valores e atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação (GALATI; DIEZ-GARCIA; REGO, 2011). A avaliação é fundamental para o desenvolvimento e o aprimoramento dos programas e das ações educativas em nutrição (CERVATO-MANCUSO, 2011).

Dessa forma, torna-se essencial a realização de estudos para avaliar os resultados de programas de educação alimentar e nutricional como estratégia para incentivar a formação de atitudes e práticas alimentares saudáveis, bem como sua eficiência pelo ponto de vista daqueles que participam de tais intervenções, ou seja, dos atores sociais. Essas informações fornecerão subsídios para o aprimoramento de protocolos e consequentemente, políticas públicas mais eficientes no combate à obesidade.

3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Avaliar os resultados de um programa de educação alimentar e nutricional para perda de peso e a satisfação dos usuários.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico;
- Analisar a evolução do peso e circunferência da cintura.
- Investigar o grau de satisfação dos usuários em relação à perda de peso.
- Identificar as mudanças referidas pelos participantes em relação aos hábitos alimentares;

4. Casuística e Método

4.1 Tipo e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e quantitativo que foi realizado junto a um banco de dados do Programa de Educação Alimentar- PRAUSP.

Este programa foi criado em 1998, tendo como embrião o Grupo de Reeducação Alimentar, uma estratégia educativa que estava sendo desenvolvida naquela época na Casa de Saúde da Vila Tecnológica, situada na região norte da cidade de Ribeirão Preto-SP. A partir da ampliação e do aprimoramento do seu protocolo, foi denominado Programa de Educação Alimentar- PRAUSP sendo implantado em diversas unidades de saúde do distrito oeste no início da década de 2000. Concomitantemente, foi oferecido na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP e a partir de 2005, passou a ser desenvolvido no Centro Multidisciplinar de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças (CMPSPD) da Prefeitura do *Campus* da USP de Ribeirão Preto.

O objetivo dessa estratégia é fornecer orientação nutricional, apoio psicológico e estímulo à prática de exercícios físicos para indivíduos com excesso de peso visando mudanças comportamentais que levem ao emagrecimento de forma adequada e sadia. A coordenação geral está sob responsabilidade da área de Nutrição do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, em parceria com o Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC) do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP. Atende pessoas com excesso de peso dessa comunidade universitária e da sociedade em geral. O protocolo é desenvolvido por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por estudantes e profissionais das áreas de nutrição, psicologia, enfermagem e educação física durante 12 semanas, com um encontro semanal de uma hora e 30 minutos, em grupo. A clientela é constituída por voluntários que se inscrevem após a

divulgação nos meios de comunicação local. No momento inicial e final do programa, medidas antropométricas como peso, altura, circunferências de cintura e quadril são aferidas, assim como a pressão arterial (BUENO et al., 2011).

No decorrer dos encontros, a equipe da Nutrição utiliza a abordagem da educação nutricional para estimular os indivíduos a refletirem sobre sua alimentação buscando os possíveis fatores desencadeadores do excesso de peso. Dessa forma, são motivados a adquirirem hábitos e comportamentos alimentares mais saudáveis a partir de orientações sobre fracionamento das refeições, ingestão de alimentos e seus nutrientes por todos os grupos alimentares, ingestão de água e fibras adequadas, entre outras práticas saudáveis.

A Psicologia atua sob a perspectiva da abordagem Cognitivo-Comportamental, que trabalha com a relação entre os pensamentos, a emoção e os comportamentos. A intervenção é focada na reestruturação de pensamentos distorcidos e crenças que mantêm o fenômeno da obesidade e hábitos disfuncionais de saúde alimentar. A atuação da área de Enfermagem pauta-se na avaliação e acompanhamento de sinais clínicos, especialmente a pressão arterial.

Independente da utilização dos dados coletados para fins científicos, todas as pessoas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no primeiro encontro do grupo.

4.2 Participantes

Este estudo foi realizado com os indivíduos com excesso de peso (sobrepeso e obesidade), de ambos os sexos, com idade entre 18 e 59 anos que participaram de 24 grupos do Programa de Educação Alimentar- PRAUSP realizados entre os anos de 2007 a 2013. Foram excluídos aqueles com o ensino fundamental incompleto, por representar uma amostra pequena de todo grupo.

4.3 Instrumentos e Procedimento

Foram utilizadas as informações contidas em alguns instrumentos elaborados e utilizados no protocolo do PRAUSP, especificamente da "Anamnese Inicial", preenchida pelos sujeitos no primeiro encontro do programa onde consta a caracterização sociodemográfica (sexo, idade, estado civil e escolaridade (Anexo A). Além disso, utilizou-se o instrumento "Avaliação Final" (Anexo B), respondido pelos participantes no último dia do protocolo. Esse questionário, sem conter a identificação do sujeito, é composto por dez questões abertas, as quais avaliam suas percepções em relação à estratégia.

Medidas antropométricas, iniciais e finais, de peso, altura, circunferência da cintura (CC) e circunferência do quadril (CQ) foram coletadas por meio de um banco de dados do programa. Todas as medidas foram coletadas seguindo as orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde descritos pelo SISVAN (BRASIL, 2011). Os dados de peso e altura foram utilizados para cálculo do IMC, a perda de peso foi obtida por subtração do peso final em relação ao inicial e a relação cintura-quadril (RCQ) foi obtida pela divisão da circunferência da cintura pela do quadril.

4.4 Análise dos dados

Os dados sociodemográficos foram analisados de forma descritiva. Os dados antropométricos como IMC, perda de peso, circunferência da cintura (CC) e relação cintura-quadril (RCQ) foram analisados estatisticamente. Os dados foram avaliados primeiramente por meio do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnova e a escolha das análises deu-se após a constatação do tipo de distribuição seguida. As alterações ocorridas foram avaliadas por meio do teste de Wilcoxon e o teste Qui-quadrado McNemar, adotando-se o nível de

significância de 5% ($p<0,05$). As respostas das questões referentes ao instrumento "Avaliação Final" foram analisadas de forma descritiva por meio da frequência com que foram citadas.

4.5 Questões éticas

Por se tratar de um estudo com seres humanos, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP sob o protocolo CAAE: 19961713.7.0000.5393 (Anexo C). Comprometemos-nos a respeitar os princípios éticos de acordo com a Resolução 466/12 do CNS.

5. Resultados

Nos 24 grupos formados pelo PRAUSP, no período de 2007 a 2013, somou-se um total de 176 participantes adultos com excesso de peso. A idade média foi de 45±12 anos, sendo que a maioria era do sexo feminino (81,3%) e casada (61,4%). Em relação à escolaridade, 51,7% possuíam o ensino médio, seguido por 39,2% com o superior completo (Tabela 1).

O acometimento dos sujeitos por doenças crônicas não transmissíveis foi relevante, pois 40,9% eram hipertensos, 14,8% diabéticos e 9,1% sofriam de alguma doença cardiovascular. Vale ressaltar que alguns participantes apresentavam mais de uma comorbidade.

Tabela 1. Dados sociodemográficos e clínicos dos participantes do estudo (n=176). Ribeirão Preto-SP, 2013

	n	%
Sexo		
Feminino	143	81,3
Masculino	33	18,7
Idade (anos) 45 ± 12*		
Escolaridade		
Ensino fundamental	16	9,1
Ensino médio	91	51,7
Superior completo	69	39,2
Estado civil		
Casado	107	60,8
Solteiro	42	23,9
Viúvo	7	4,0
Divorciado	20	11,4
Hipertensão		
Sim	72	40,9
Não	104	59,1
Diabetes		
Sim	26	14,8
Não	150	85,2
Doenças Cardiovasculares		
Sim	16	9,1
Não	160	90,9

*Média±desvio padrão

Em relação às variáveis antropométricas (Tabela 2), observou-se que o IMC inicial da amostra total foi classificado em obesidade grau I. Quando separado por sexo, o masculino apresentou o nível II (36,15±6,24Kg/m^2). No período final, o IMC médio da população diminuiu, tanto nas mulheres quanto nos homens, sendo que nestes, a classificação da obesidade mudou para o grau I. A relação cintura quadril (RCQ) também diminuiu de forma significativa durante o programa, considerando tanto a amostra como um todo, como quando dividida por sexo. O mesmo foi observado para o peso.

Tabela 2. Dados antropométricos no período inicial e final dos participantes do estudo da amostra total (n=176) e por sexo. Ribeirão Preto-SP, 2013.

	n	%	Inicial	Final	p
IMC	176	100	33, 25 (5,79)	32,13 (5,72)	0,000
RCQ	176	100	0,89 (0,08)	0,88 (0,08)	0,000
IMC					
Mulheres	143	100	32,58 (5,49)	31,57 (5,59)	0,000
Homens	33	100	36,15 (6,24)	34,53 (5,73)	0,000
RCQ					
Mulheres	143	100	0,87 (0,06)	0,86 (0,06)	0,001
Homens	33	100	1,00 (0,06)	0,98 (0,06)	0,002
PESO					
Mulheres	143	100	84,15 (16,83)	81,55 (16,72)	0,000
Homens	33	100	108,76 (21,48)	103,83 (19,27)	0,000

Na tabela 3 estão apresentados os dados da circunferência da cintura (CC) inicial e final dos participantes. Verificou-se que houve diferença significativa na diminuição dessa medida em ambos os sexos.

Tabela 3. Circunferência da cintura (CC em cm) dos participantes do estudo (n=176) de acordo com o sexo, no período inicial e final, em média e desvio-padrão. Ribeirão Preto-SP, 2013.

	n	CC inicial	CC final	P
Mulheres	143	101,56± 12,29	97,99± 12,35	0,000
Homens	33	118, 84± 13,05	112,62± 11,67	0,000

Na tabela 4 estão apresentados os dados dessa variável de acordo com os níveis de riscos. Verificou-se que houve diferença significativa na diminuição dessa medida, principalmente em relação ao número de pessoas que passaram do risco muito elevado para elevado.

Tabela 4. Circunferência da cintura (cm), por classificação de risco, dos participantes do estudo (n=176) de acordo com o sexo, no período inicial e final. Ribeirão Preto-SP, 2013.

	n	CC inicial	CC final	P
Mulheres	143			0,0023
Sem risco		03	07	
Elevado		14	22	
Muito Elevado		125	113	
Homens	33			0,0339
Sem risco		0	0	
Elevado		02	08	
Muito Elevado		31	25	

Quanto à evolução do peso durante a estratégia, pode-se afirmar que no geral os participantes tiveram uma perda significativa do ponto de vista estatístico, pois pode-se verificar que 61,94% das mulheres e 44,41% dos homens apresentaram perda de peso de até 5%. Enquanto 22,97% das mulheres e 42,53% dos homens obtiveram uma perda maior que 5% do peso corpóreo, deixando claro que os homens apresentaram uma perda de peso maior em relação a apresentada pelas mulheres analisadas.

Os dados obtidos pela aplicação do instrumento "Avaliação Final" indicaram que 84,1% (n= 148) da amostra estava satisfeita com os resultados alcançados ao final do programa, em diferentes graus (Tabela 5).

Tabela 5. Satisfação dos participantes do estudo (n=176) ao final do programa. Ribeirão Preto-SP, 2013.

	N	%
Plenamente satisfeito	31	17,6
Muito satisfeito	45	25,6
Satisfeito	72	40,9
Pouco satisfeito	25	14,2
Insatisfeito	3	1,7
Muito insatisfeito	0	0

A satisfação dos participantes que se mostraram plenamente satisfeitos, muito satisfeitos ou satisfeitos, foi observada por diversos motivos: 47,9% (n=71) deles referiram ter adquirido outros benefícios com o programa, além da perda de peso, como ilustra a frase abaixo:

"Tive pouca perda, mas com as mudanças, a pressão arterial abaixou e a autoestima aumentou".

Outra parcela, (27%; n=40), conseguiu mudar os seus hábitos alimentares, conforme observado a seguir:

"Além do conhecimento, mudei hábitos alimentares";

"*Com as orientações que foram passadas pude criar hábitos muitos saudáveis";*

"Adquiri novos hábitos em relação a alimentação (beber mais água, comer mais verdura), além de conseguir reduzir minhas medidas".

Alguns participantes, (16,2%; n=24), atingiram a meta de peso auto estipulada. Um exemplo foi:

"Estou feliz, pois consegui alcançar o objetivo proposto".

Já para 15,1% dos participantes (n=28), o resultado da estratégia não foi muito positivo, pois eles se encontravam pouco satisfeitos, insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Essa insatisfação, para 7,9% (n=14) deles, apresentou-se como consequência das dificuldades emocionais e comportamentais, conforme descrevem os relatos abaixo:

"*Não estou satisfeita comigo mesma";*

"Não perdi peso por falta de empenho. Apesar de ter mudado várias coisas, poderia ter me esforçado mais".

Para uma parcela menor, de 7,3% (n=13), a insatisfação se deu por não ter atingido as metas desejadas, como se pode observar:

"Não perdi muito peso";

"*Gostaria de perder peso com mais rapidez*";

"*Gostaria de estar 5kg menor".*

Vale mencionar que 7,9% (n=14) dos participantes não descreveu a razão do grau de satisfação, sendo que, desse percentual, 7,3% (n=13) ficou satisfeito e 0,6% (n=1) ficou insatisfeito com os resultados obtidos.

Em relação às mudanças de hábitos referidas pelos participantes (Tabela 6), pode-se notar que a grande maioria, (63,1%; n=111), passou a ingerir mais água e consumir mais alimentos saudáveis como frutas, legumes e verduras. Além disso, 20,5% (n=36) da amostra iniciou ou intensificou a prática de exercícios físicos, como verificado nos relatos descritos abaixo:

"Comer muita salada, tomar bastante água e comer nas horas certas."

"*Saladas, alimentos integrais e água."*

"Muitas, entre elas a mais considerável é a importância da ingestão da água."

"Entrei em uma academia."

Outras mudanças também relatadas, foram o aumento do fracionamento das refeições, (21%; n=37), e da mastigação mais lenta (19,3%; n=34). As descrições abaixo ilustram exemplos dessas mudanças.

"Comer no café da manhã, fracionar mais as refeições, dar sequência a atividade física."

"Comer pausadamente, comer na hora certa (...)."

"(Comer rápido) agora eu saboreio mais os alimentos e bem devagar."

"Comer de 3 em 3 horas."

A diminuição da ingestão de açúcares, doces e refrigerantes também foi relatada como uma mudança para alguns participantes, (13,6%; n= 24), assim como, 10,2% (n=18) dos indivíduos disseram ter diminuído a quantidade dos alimentos na refeição.

"Praticamente cortar o açúcar."

"Mudei bastante, tirei o açúcar, um pouco de massa que adoro (...)."

"Diminui a ingesta de doces."

"Reduzir a quantidade de comida nas refeições, incluir alimentos saudáveis."

"Comer bem menos e ver que não preciso comer toda hora."

Tabela 6. Mudanças de hábitos relatadas pelos participantes (n=176) com o programa. Ribeirão Preto-SP, 2013.

	n	%
Aumento do consumo de água e alimentos saudáveis	111	63,1
Aumento do fracionamento da alimentação	37	21,0
Prática de atividade física	36	20,5
Mastigação mais lenta	34	19,3
Diminuição do consumo de açúcares e refrigerantes	24	13,6
Diminuição da quantidade alimentos ingeridos	18	10,2
Leitura da rotulagem nutricional	5	2,8

Em outra pergunta do instrumento Avaliação final, os participantes foram questionados se pensaram em desistir do programa, 86,3% (n=152) dos participantes disseram que não e 13,6% (n=24) responderam que sim. Eis algumas justificativas:

"Sim, porque não estava conseguindo perde peso."

"Achei que não iria conseguir."

"Sim, porque às vezes não consigo seguir corretamente e sou muito ansiosa e desconto na comida."

Na questão em que os participantes foram indagados se recomendariam o programa para outras pessoas, todos responderam positivamente. Ainda, alguns relataram já terem recomendado o programa para outras pessoas, mesmo antes do término da estratégia. As falas abaixo ilustram essa opinião.

"Sim, para que todos tenham a oportunidade de aprender a se alimentar de forma saudável."

"Já o recomendei, inclusive a minha mãe."

De acordo com resultados da Tabela 7, observou-se que a maioria dos participantes (52,8%; n=93) não apresentou sugestões ou críticas, mas 27,8% (n=49) deles sugeriram maior duração do programa, conforme os relatos abaixo:

"Tudo muito bom, exceto o tempo que poderia ser maior (...)."

"Poderia ser de 18 semanas pelo menos."

"Em vez de ser 12 encontros, poderia ser um tempo um pouco maior para passar o conteúdo e não nos sentíamos "abandonados" nesta nova etapa, que os encontros serão espaçados."

Alguns (11,9%; n= 21) sugiram que horário dos encontros pudesse ser alterado ou mais flexível.

Tabela 7. Sugestões e críticas dos participantes (n=176) ao programa. Ribeirão Preto-SP, 2013.

	N	%
Nenhuma	93	52,8
Duração	49	27,8
Horário	21	11,9
Material	7	4,0
Atividade física	6	3,4
Equipe	1	0,6
Local	1	0,6

6. Discussão

Neste estudo, ao avaliar 176 indivíduos com excesso de peso que participaram de um programa de educação alimentar, notou-se predomínio de mulheres (81,3%). Esses achados são semelhantes aos encontrados por Felippe et al. (2011), que em uma população de 100 indivíduos adultos expostos e não expostos a um programa de reeducação alimentar, observou que a maioria dos participantes era do sexo feminino (73%). Ainda, Pereira e Helene (2006), que apresentaram a experiência de implantação e desenvolvimento de um grupo de educação alimentar para adultos com sobrepeso, também encontraram predomínio do sexo feminino (89%) na amostra.

Acredita-se que as mulheres sejam mais preocupadas com a saúde e a prevenção de doenças do que os homens. Isso se daria, talvez, em decorrência de suas experiências na utilização dos serviços de saúde em outras fases da vida como, por exemplo, a gestação (CERVATO, 2005). Por outro lado, vários estudos constatam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres (COURTENAY, 2000; LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2005; LUCK; BAMFORD; WILLIAMSON, 2000). Entretanto, apesar de as taxas masculinas assumirem uma importância significativa nos perfis de morbimortalidade, a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al., 2002). Ao estudar o gênero correlacionando-o à saúde, no processo saúde-doença-cuidar, o homem costuma demonstrar que, devido a processos histórico-culturais, cuidar de si não é visto como uma prática masculina. Dessa forma, tal comportamento afeta diretamente os modos de prevenção de doenças no sexo masculino (GOMES; NASCIMENTO, 2006) deixando clara a necessidade de novas abordagens sensibilizadoras e estratégias efetivas para que os homens participem mais de atividades preventivas e de grupos de educação em saúde.

A média de idade da população analisada no presente trabalho foi de 45±12 anos, corroborando com os dados obtidos pelo estudo realizado por Felippe et al. (2011), onde verificou-se que os participantes apresentavam idade média de 40,7±12,4 anos. Sabe-se que a idade é fator que predispõe o indivíduo ao excesso de peso, pois tanto mulheres quanto homens vivenciam queda da taxa metabólica basal ao envelhecer. Dessa forma, o corpo gasta menos energia para se manter funcionando aos 40 anos de idade do que aos 20 (LAGE, 2007). Segundo Cabrera e Filho (2001), o pico de ocorrência da obesidade nos adultos está na faixa de 45 e 64 anos. Além disso, as doenças crônicas tornam-se mais frequentes com o avançar da idade e, nesse caso, a obesidade pode ser fator potencializador para complicações clínicas, uma vez que o aumento de 20% do peso corpóreo eleva significativamente o risco de hipertensão arterial, doenças coronarianas, dislipidemias e *diabetes mellitus* tipo 2 (LIMA; SAMPAIO, 2007). De acordo com dados da Vigitel (2013), mulheres adultas apresentam mais hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias que os homens, reforçando a importância de estratégias de intervenção nessa fase de vida.

Em relação à escolaridade, verificou-se que a maioria dos participantes desse estudo (51,7%) apresentou o ensino médio concluído, assim como Nahas, Castro e Ribeiro (2015), que analisaram alguns resultados do PRAUSP recentemente e também verificaram que a maioria da amostra (83%) apresentou o segundo grau completo. Felippe et al. (2011) encontrou alto grau de escolaridade já que 67% dos participantes de sua pesquisa apresentaram o terceiro grau completo. No entanto, a maior prevalência de excesso de peso no país encontra-se em pessoas com até oito anos de estudo. Quando analisamos por sexo, notamos que as mulheres com 12 ou mais anos de estudo apresentam menos excesso de peso quando comparadas aos homens sendo, 36,6% e 56,9% respectivamente (VIGITEL, 2013).

Segundo Lins et al. (2013), o grau de escolaridade de indivíduos com pelo menos nove anos de estudo ou mais tem impacto na prevenção dos agravos do excesso de peso, na procura

por programas de emagrecimento e nas escolhas alimentares. A escolaridade pode ser entendida como uma característica importante na forma como os indivíduos inserem-se na sociedade, bem como interpretam informações relativas a comportamentos preventivos para a proteção da saúde. Diante desses achados, torna-se importante buscar maneiras de atrair pessoas com menor escolaridade, pois de acordo com os dados da Vigitel (2013), esse é o grupo como maior prevalência de excesso de peso e, portanto, o que mais necessita de acesso a programas de intervenção nutricional. A maior procura por parte de pessoas de baixa escolaridade no PRAUSP, talvez seja dificultada pelo fato deste programa, em específico, estar inserido no Campus de uma universidade pública, cuja localização geográfica encontra-se nos arredores da cidade.

O estado civil é outra característica sociodemográfica importante a ser analisada quando investiga-se essa temática. Neste estudo, podemos afirmar que a maioria da amostra (60,8%) era casada, corroborando os resultados obtidos por Santiago, Moreira e Florêncio (2015), que detectaram que o estado civil com companheiro(a), compreendido no estudo como casado(a) ou em união estável, apresentou associação estatística significativa com sobrepeso/obesidade. Outro estudo realizado com funcionários de uma universidade federal detectou que o estado civil mostrou-se fortemente associado ao sobrepeso e obesidade para indivíduos em um relacionamento, com prevalências menores em indivíduos solteiros, 41,8 e 11,8%, respectivamente (COSTA; VASCONCELOS; FONSECA, 2014)

Santiago, Moreira e Florêncio (2015) sugerem que o casamento pode influenciar no ganho de peso devido às mudanças no comportamento social, às transformações nos hábitos cotidianos, como, por exemplo, o aumento da frequência a restaurantes e lanchonetes como atividade de lazer, acarretando na elevação de ingestão calórica, decorrente de alimentos ricos em gorduras e açúcares. Além disso, eles notaram ainda a diminuição de gasto energético,

como consequência da negligência com as atividades físicas mais rigorosas. Não obstante, os casais tendem a diminuir a preocupação com a autoimagem.

Em relação aos parâmetros antropométricos, não há dúvidas que o índice de massa corporal (IMC) é um indicador epidemiológico para o diagnóstico de excesso de peso e obesidade. Ele é um importante fator de risco para doenças crônicas, sendo muitas vezes tomado como critério de decisão para a adoção de intervenções mais agressivas contra a obesidade (OLIVEIRA; CORSINI; LEITE, 2013). Conforme a OMS, o crescente aumento da prevalência desse quadro se caracteriza como uma pandemia global, constituindo-se em grave problema para o âmbito da Saúde Pública (WHO, 1998**).** De acordo com dados divulgados pela Vigitel (2013), quando comparado o percentual de excesso de peso no Brasil com os demais países que compõem o BRICS (Rússia, China, África do Sul e Índia), o Brasil encontra-se em terceiro lugar (50,8%), ficando atrás da África do Sul (65,4%) e Rússia (59,8%). Quando comparado o percentual de obesidade da população brasileira com as de outros países da América do Sul, como Argentina, Uruguai, Paraguai e Chile, verifica-se que o país apresentou o menor percentual de pessoas com obesidade, ficando na última colocação, com 17,5%. Já o Chile é o país que apresenta o maior percentual, com 25,1% da população acometida.

Os valores encontrados pela avaliação nutricional deste estudo revelaram que a média inicial do IMC dos participantes foi de 33,25±5,79kg/m², sendo classificados com obesidade grau I, segundo a OMS (1999). Felippe et al. (2011), no seu estudo, encontrou IMC médio de 27,4±4,7kg/m², caracterizando sobrepeso. De acordo com a OMS, o sobrepeso e obesidade são o quinto fator de risco para mortes em todo mundo, sendo que pelo menos 2,8 milhões de adultos morrem a cada ano de doenças derivadas destas condições. Além disso, 44% do surgimento de diabetes, 23% do aparecimento de doenças isquêmicas do coração e entre 7% a 41% do desenvolvimento de determinados tipos de câncer também são atribuídos ao excesso

de peso e obesidade (WHO, 2013). De acordo com o relato dos participantes desse estudo, 50,5% da amostra apresenta alguma doença crônica não transmissível, sendo que desses, 21,6% apresentam mais de uma comorbidade.

O estado nutricional dessa amostra, quando comparado por sexo, revelou que os homens apresentaram excesso de peso maior do que as mulheres, porém ambos os sexos foram classificados com obesidade, sendo que as mulheres apresentaram grau I e os homens grau II. De fato, mais da metade da população brasileira (51%) está acima do peso, porém, preocupa o fato deste aumento ser progressivo nas últimas décadas (BRASIL, 2013). O sobrepeso passou de 42,7%, em 2006, para 51,0% em 2012, enquanto que a obesidade subiu de 11,4% para 17,4% no mesmo período. Podemos destacar também que o sobrepeso é maior na população masculina, sendo que mais da metade dos homens (54,5%) apresentavam esse quadro, ao passo que 48,1% das mulheres estavam nessa condição (BRASIL, 2013). Apesar de os dados antropométricos divulgados pela Vigitel (2013) serem autorreferidos, o que pode não garantir total credibilidade aos resultados obtidos, os resultados da última POF (2008-2009) também apontam para o crescente aumento das prevalências de sobrepeso e obesidade nas regiões brasileiras.

O peso corresponde à soma de todos os componentes de cada nível da composição corporal, sendo uma medida aproximada das reservas totais de energia do corpo, e mudanças no peso refletem alterações no equilíbrio entre ingestão e consumo de nutrientes (GALANTE; SCHAWARTZMAN; VOCI, 2015). Dessa forma, verificou-se que o peso dos participantes do estudo apresentou diminuição significativa quando comparamos o valor inicial com o final para ambos os sexos. De acordo com as análises estatísticas, verificou-se que 61,9% das mulheres e 44,4% dos homens apresentaram perda de peso de até 5%, enquanto 22,9% das mulheres e 42,5% dos homens obtiveram perda maior que 5% do peso corpóreo. Estudo realizado por Porto et al. (2002) em 225 pessoas com obesidade grau III em tratamento

ambulatorial, durante de 20±17 meses, revelou que 60 (26,6%) participantes apresentaram perda de 5% em relação ao peso inicial e 28 (12,4%) apresentaram perda de 10%. Esses dados vão ao encontro do presente estudo que apresentou maior percentual entre os participantes que perderam até 5% do peso inicial. Segundo Foster et al. (1997), uma perda nesse nível já apresenta benefícios susbtanciais para a saúde, como redução da pressão arterial, dos níveis de colesterol total, LDL, renina plasmática, glicemia e insulinemia, trazendo também benefícios para os perfis hemodinâmico, metabólico e neuroendócrino (BARBATO et al., 2006).

Os resultados de uma avaliação feita durante cinco anos com 1.002 participantes do programa "Vigilantes do Peso", na Philadelphia - EUA, no qual foram orientados dieta hipocalórica e exercícios físicos durante meia hora por dia, além de mudanças comportamentais, mostram que, no final desse período, 42,6% dos indivíduos mantiveram a perda de 5% ou mais do peso inicial e 18,8% perderam 10% ou mais do peso inicial (LOWE; MILLER-KOVACH; PHELAN, 2001). Esses achados reforçam a necessidade da continuidade das mudanças comportamentais e de hábitos de vida em longo prazo, assim como a importância de programas de acompanhamento por longo período.

No tratamento da obesidade, a estratégia terapêutica principal é a modificação do estilo de vida, que deve ser realizada por meio da educação alimentar e nutricional e do estímulo à prática de atividade física regular (BRESSAN; COSTA, 2006). No campo do conhecimento da alimentação e nutrição, mais do que proporcionar o acesso a essas informações, dada a inviabilidade de programas como esse fazerem um acompanhamento por um longo período, torna-se fundamental estimular a autonomia dos indivíduos a fim de possibilitar que os mesmos atuem intencionalmente e com independência de influências, o que demanda um consistente processo educativo. É nesse propósito que a educação alimentar proposta pelo PRAUSP desempenha função estratégica para a promoção de hábitos alimentares saudáveis (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008).

Os dados encontrados da relação de cintura quadril (RCQ) deste estudo foram de 0,89±0,08 no início e de 0,88±0,08 ao final da estratégia, resultado muito semelhante com o obtido em um estudo anterior do PRAUSP (NAHAS; CASTRO; RIBEIRO, 2015), onde a RCQ encontrada foi 0,91±0,8 inicial e de 0,90±0,8 final. Ao dividirmos por sexo, notamos que tanto as mulheres, quanto os homens apresentaram pequena redução da RCQ em relação ao valor inicial e final (0,87±0,06 e 0,86±0,06 para mulheres, respectivamente, e 1,00±0,06 e 0,98±0,06 para os homens), com diferença estatisticamente comprovada.

A gordura localizada na região abdominal tem sido identificada como um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, diabetes, dislipidemias, síndrome metabólica e alguns tipos de câncer (JANSEN et al., 2002; MOORE et al., 2004), representando risco diferenciado quando comparada a outras medidas da distribuição de gordura corporal (MOORE et al., 2004; PITANGA; LESSA, 2005). Além disso, a circunferência da cintura isoladamente tem sido considerada um bom indicador nutricional, tendo em vista que sua medida independe da altura e se correlaciona fortemente com o IMC, além de predizer melhor o tecido adiposo visceral do que a relação cintura/quadril (CUPPARI, 2005).

De acordo com os dados encontrados no estudo para circunferência da cintura (CC), podemos afirmar que a maioria dos participantes apresentava risco muito elevado para doenças cardiovasculares. A média da CC foi de 118,84±13,05cm para os homens e 101,56±12,29cm para mulheres inicialmente, e de 112,62±11,67cm nos homens e 97,99±12,35cm nas mulheres ao final da intervenção. De acordo com os dados obtidos em outro estudo realizado no PRAUSP, verificou-se que os homens apresentaram CC inicial de 112,5±15,1cm e 109,7±14,4cm ao final. Nas mulheres os valores encontrados foram de 102,4±13,1cm no início e 96,3±14,7cm no término do protocolo (LEAL, 2012). Apesar da diminuição observada nos dois trabalhos, todos os valores são considerados de risco. Porém,

vale ressaltar que o programa possibilitou pelo menos a mudança de nível de risco, sendo que a diminuição da CC foi significativa, contribuindo para que parte dos participantes fosse classificada com risco elevado ao final do programa. No entanto, essa situação é muito preocupante, pois o aumento da gordura nessa região leva à exacerbação de alterações metabólicas, com estímulo da produção de VLDL (lipoproteínas de muito baixa densidade), indiretamente do LDL (lipoproteínas de baixa densidade), estimulação da glicogênese, redução da capacitação de glicose pelo músculo. Essas variações aumentam em muitas vezes as chances de desenvolverem hiperglicemia, hiperlipidemia e hiperinsulinemia, que são distúrbios metabólicos potencialmente aterogênicos (CUPPARI, 2005), além de outras doenças já presentes.

Pitanga e Lessa (2005) verificaram que os indicadores de obesidade abdominal melhor discriminaram elevado risco cardiovascular quando comparados aos indicadores de obesidade geral. Além disso, indicadores antropométricos têm se mostrado uma ferramenta importante na aferição da adiposidade abdominal, por serem métodos não invasivos, de relativa simplicidade na aferição e baixo custo (ALMEIDA; ALMEIDA; ARAÚJO, 2009).

A obesidade abdominal afeta mais mulheres do que homens (PEIXOTO et al., 2006; REZENDE et al., 2006; TANIGUCHI et al., 2004; FREITAS et al., 2002; MATOS; LADEIA, 2003; MOLARIUS et al., 1999), porém prevalece mais em mulheres com antecedentes pessoais de obesidade, hipertensão arterial, diabetes, história familiar de diabetes e pós-menopausa (RASKIN et al., 2000).

Além da avaliação dos resultados antropométricos, este estudo também avaliou algumas modificações de hábitos. De acordo com os dados obtidos com o PRAUSP pode-se afirmar que a maioria dos participantes alterou seu estilo de vida após a intervenção. Destaca-se que algumas mudanças ocorreram e acabaram sendo incorporadas como um novo hábito. Em relação às atitudes alimentares, os principais resultados encontrados indicaram mudanças

no aumento do consumo de água e alimentos saudáveis (frutas, legumes e verduras), assim como o aumento do fracionamento das refeições e mastigação feita de forma mais lenta, entre outras.

Segundo alguns autores, o aumento do consumo de alimentos como vegetais, legumes e frutas está associado às campanhas públicas e comunicações na mídia destinadas à promoção de uma alimentação saudável, possibilitando a efetivação destas mudanças para obtenção dos benefícios a saúde. Além disso, o consumo desses alimentos está associado a dietas de baixa densidade energética e ao aumento da qualidade nutricional, sendo observado principalmente entre indivíduos que buscam o controle do peso corporal (RAYNOR et al., 2011; SAQUIB et al., 2008; ADAM et al., 2007; ELLO-MARTIN et al., 2007; LEDIKWE et al., 2007; MAILLOT et al., 2007). Alguns estudos apontam a utilização de fracionamento da alimentação como estratégia para perda de peso ou para o controle dos níveis de colesterol e glicemia (COTTA et al., 2009; KLACK; CARVALHO, 2008; KOEHNLEIN et al., 2008; OLIVEIRA; SCHIERI, 2004). Quanto à mastigação, apesar de sua reconhecida importância no processo digestivo e no controle da saciedade, as orientações fornecidas na maioria das vezes estão relacionadas à diminuição da velocidade de ingestão. Ainda assim, a maioria dos indivíduos apresenta dificuldade em seguir tal recomendação. Apolinário et al. (2008) indicam que o maior detalhamento sobre o processo mastigatório, como o fornecimento de mais informações e até mesmo a oportunidade de uma vivência prática, como o treino funcional, poderia contribuir na modificação deste hábito.

Outra alteração de comportamento referida pelos participantes foi o aumento da prática de atividade física. Segundo Martins et al. (2009), o aumento dos níveis de atividade física na população está associado à abordagem informativa, a partir do desenvolvimento de campanhas e cursos visando o estímulo dessa prática. Para tanto, são fundamentais as atuações nos planos comportamental e social, com intervenção de apoio social e programas

educativos focando, entre outros, desde a redução do tempo sentado, à modificação ambiental e à regulamentação, com planejamento urbano, das infra-estruturas e acessos a locais para essa atividade. Jackson et al. (2007) ressaltam ainda, que muitas das intervenções destinadas à prática da atividade física buscam, simplesmente, a mudança do comportamento sedentário para o ativo, sendo necessárias mais ações para identificar as melhores estratégias destinadas à manutenção do hábito.

É importante esclarecer que a abordagem relacionada ao exercício físico no PRAUSP é apenas teórica, incentivando a prática em outros espaços e detalhando a forma correta de executar determinadas atividades. Além disso, os educadores físicos ressaltam constantemente a importância do exercício para a perda de peso e melhora da qualidade de vida.

Um indicador fundamental para a avaliação dos protocolos desenvolvidos pelos serviços de saúde é a satisfação dos usuários (SANS-CORRALES et al., 2006; STARFIELD, 2005). A satisfação pode ser definida em função das expectativas e da percepção que os usuários têm diante da qualidade dos serviços recebidos (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005). Esse tema passou a ser discutido, com maior ênfase, a partir da segunda metade do século 20, quando iniciaram-se as pesquisas sobre a avaliação da assistência em saúde com foco na qualidade do atendimento (MACHADO; NOGUEIRA, 2008). Dessa forma, a incorporação da satisfação do usuário na avaliação dos serviços tem sido valorizada não apenas por constituir-se em um indicador de qualidade, mas também por estar potencialmente relacionada à maior adesão ao tratamento e à maior adequação no uso do serviço (HOWARD et al., 2007; TRAD et al., 2001). De um modo geral, essa avaliação é importante, pois por meio dela é possível melhorar a qualidade nos serviços de saúde e por consequência a satisfação do usuário em relação a eles.

Os resultados relacionados com a satisfação dos usuários encontrados pelo presente trabalho evidenciaram que a maioria (84,1%) deles ficou satisfeita com a estratégia. Um

estudo semelhante feito por Cesarino et al. (2009), cujo objetivo foi identificar o grau de satisfação de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em relação aos serviços prestados e às condições físicas em um hospital de base, identificou que 53% da amostra estava muito satisfeita e 47% satisfeita. Apesar disso, os usuários relataram algumas limitações do serviço, como a falta de orientações sobre o tratamento oferecido e a ausência de acompanhamento contínuo por alguns profissionais da área de saúde. Machado e Nogueira (2008) desenvolveram um estudo cujo objetivo foi avaliar a satisfação dos usuários de serviços de fisioterapia em Teresina (PI), com relação à agilidade para agendamento da consulta e atendimento, acolhimento, confiança, ambiência, humanização, acessibilidade, eficácia e expectativa sobre os serviços recebidos. Os resultados mostraram que a maior parte deles estava satisfeita (75,5%) com o tratamento recebido e indicariam os serviços a terceiros, corroborando os dados desta pesquisa.

Neste estudo, optou-se pela aplicação de instrumento desenvolvido pelo PRAUSP com o intuito de analisar a satisfação dos participantes ao final da estratégia. Sendo assim, verificou-se que a maior parte da amostra ficou satisfeita com a perda de peso e com outros resultados obtidos no programa, ressaltando que ninguém informou ter ficado muito insatisfeito, mesmo não atingindo a perda de peso desejada. Este fato pode estar relacionado com os conhecimentos específicos discutidos e adquiridos pelos indivíduos durante o protocolo, o que provavelmente refletiu nas mudanças de seus hábitos. Alguns relatos mostraram que apesar de os participantes não terem atingido a perda de peso desejada, eles tiveram outros benefícios em relação à saúde, como diminuição da pressão arterial e mudanças no hábito alimentar de uma forma geral. Por outro lado, a maioria dos relatos de insatisfação tinha como justificativa problemas pessoais, estando diretamente ligados à motivação do indivíduo durante o programa. A literatura, no entanto, apresenta poucas

referências sobre a satisfação do usuário em programas de emagrecimento, dificultando a comparação dos resultados obtidos com outros estudos.

Estudos realizados nas últimas décadas mostram que esse tema vem sendo considerado um importante componente na qualidade do cuidado, bem como provedor de informações confiáveis e adequadas sobre a opinião do público em relação aos serviços oferecidos permitindo o aprimoramento dos mesmos. Mais do que isso, esse interesse perpassa por ações de saúde que focam na lógica da produção do cuidado traduzindo-se no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. São ações que centram atenção nas relações humanas, na produção de vínculo e no acolhimento, além da autonomia do usuário no cuidado de si (MATUMOTO et al., 2005; MARGOLIS et al., 2003; ORTIZ ESPINOSA, 2003; PRÉVOST et al., 1998; BRUCE, 1990).

Esta crescente importância atribuída à avaliação da satisfação dos usuários como medida da qualidade da prestação de cuidados de saúde deve-se, também, ao fato da satisfação ser uma medida de resultado. Ela pode ser um prognóstico para se saber se os usuários seguem as recomendações de tratamento, retornam à consulta ou se mudam de prestador de cuidados. Alguns estudos evidenciam que quando o usuário está satisfeito, a probabilidade de seguir as prescrições médicas, voltar ao retorno e continuar com o mesmo prestador de cuidados é mais elevada. Já um baixo grau de satisfação pode levar a uma baixa adesão ou mesmo abandono do tratamento e consequentemente, um pior resultado final (KUOSMANEN et al., 2006; GASQUET et al., 2004). De fato, avaliações dessa natureza possibilitam novos dados para repensarmos a prática dos profissionais da saúde oferecendo subsídios ao processo de gestão e visando a melhoria contínua dos serviços de saúde.

Nessa amostra, ficou evidente que a maior parte dos participantes atingiu o objetivo proposto por eles próprios, como, por exemplo, atingir o peso desejado, melhorar o hábito alimentar e ter uma melhora importante da saúde. O que se pode notar também, é que os

usuários que disseram estar pouco satisfeitos com os resultados obtidos relataram dificuldades pessoais de natureza emocional e comportamental, com pouca motivação para participar de forma efetiva das ações propostas pela equipe multidisciplinar. Já o maior grau de insatisfação esteve relacionado com as metas que não foram atingidas, como por exemplo, a expectativa de uma perda de peso muito maior do que de fato ocorreu. Dessa forma, o que se notou foi que a insatisfação não se deu devido a fatores inerentes aos aspectos próprios ao programa, mas por aspectos inerentes aos usuários, como uma possível frustração do participante em relação a meta almejada.

Segundo Crow et al. (2002), a satisfação dos usuários é considerada uma variável multidimensional, ou seja, influenciada por diversos aspectos, que podem ser agrupados em fatores inerentes aos serviços de saúde e fatores inerentes aos usuários. Os inerentes aos serviços de saúde dizem respeito aos aspectos técnicos, acessibilidade, disponibilidade, continuidade de cuidados, eficácia dos cuidados, características do ambiente e aspectos interpessoais. Os fatores inerentes ao usuário referem-se às expectativas deles, o estado de saúde e características socioeconômicas e demográficas.

No entanto, novas iniciativas e busca por tratamento podem estar relacionadas à motivação, e essa se modifica com o tempo, além de ser influenciada pelo ambiente em que o indivíduo se encontra (WEST, 2004). A motivação pode sofrer interferência por outrem, destacando aqui o papel do profissional de saúde na adequação de sua abordagem ao estágio motivacional e ao planejamento terapêutico, visando estimular mudanças compatíveis com o momento do indivíduo e aumentando as chances de procura e adesão ao tratamento (MILLER; ROLLNICK, 1991). De acordo com Fisberg et al. (2005), a maioria da população que procura por tratamentos encontra-se nos estágios iniciais de mudanças e, portanto, não está realmente preparada ou motivada para a ação. Talvez esse fenômeno explique a

insatisfação de alguns participantes, apesar dessa variável não ter sido investigada neste estudo.

A convivência em grupo, utilizada como abordagem pelo PRAUSP, congrega pessoas com demandas semelhantes e proporciona uma experiência que pode desenvolver um clima de grande valor terapêutico, pois tal situação pode ajudar os participantes a quebrarem barreiras criadas por sentimentos de solidão e isolamento (MUNARI; RODRIGUES, 2003; ALVES et al., 2003; GOMES et al., 2003; PONTES, 2000; WERUTSKY; BARROS, 2000). De acordo com resultados obtidos, houve modificação do peso, aumento da atividade física, além da aquisição de hábitos alimentares mais saudáveis, mas, principalmente, o apoio do grupo para emagrecer e continuar a encontrar-se. Portanto, a referência aos efeitos benéficos do grupo, não só para o fato da perda de peso em si, mas para a melhora de outros aspectos resultantes da troca de sentimentos comuns, é, na realidade, a universalidade definida por Yalon (1975). Vários autores citam que essa experiência tem efeitos curativos sobre as pessoas (MUNARI; RODRIGUES, 2003; ALVES et al., 2003; WERUTSY; BARROS, 2000 ZUKERFELD, 1997).

Considerando que o excesso de peso é uma condição de difícil manejo, percebe-se a importância de uma abordagem multidisciplinar e interprofissional que busque como estratégia principal a mudança no estilo de vida com novos hábitos alimentares e maior gasto energético. Assim, a organização de ações integradas do programa citado se justifica por evidências recentes de que a combinação entre a educação alimentar e nutricional e o incentivo a prática de exercícios físicos, associada à terapia de mudança comportamental, apresenta-se como prática efetiva no tratamento da obesidade (BUENO et al., 2011). Além disso, a intervenção desenvolvida por diferentes profissionais, pode resultar em maior controle da perda de peso, tornando mais fácil lidar com variáveis como a falta de adesão e os esquecimentos e/ou dificuldade de compreensão das instruções (LOPES, 2003). Nesse

contexto, a equipe formada pelo PRAUSP é composta por estudantes e profissionais das áreas de nutrição, psicologia, enfermagem e educação física, buscando oferecer uma abordagem integral e humanizada (NAHAS; CASTRO; RIBEIRO, 2015). No entanto, a terapia para a obesidade deverá apresentar mudanças no sistema de saúde para acomodar o crescimento da doença e, para isso, a equipe dos provedores de cuidados em saúde precisará de habilidades necessárias para esse tipo de tratamento (DIETZ et al., 2015).

Além do alto índice de satisfação relatado pelos participantes desse estudo, houve poucas sugestões para melhorar o protocolo utilizado. Nesse sentido, o item mais mencionado foi o tempo de duração do programa (12 semanas), considerado curto para os participantes. Para a maioria deles, a estratégia deveria apresentar duração maior, pois, segundo alguns relatos, eles se sentem desamparados sem os parceiros e a equipe de profissionais após o término do seguimento. Essa situação pode aparecer devido a estados emocionais negativos, como estresse, restrição, rejeição, entre outros, que levam à interrupção de autocontrole, conduzindo assim, a escolhas alimentares inapropriadas, as quais, de certa forma, aliviam as tensões vigentes (CAMPOS, 1998). Goodrick e Foreyt (1991) afirmam que a depreciação da própria imagem física leva à preocupação opressiva com a obesidade, tornando a pessoa com obesidade insegura devido à sua inabilidade de manter a perda de peso. Além disso, a falta de confiança, a sensação de isolamento, atribuída ao fracasso da família e dos amigos em entender o problema, assim como a humilhação, decorrente do intenso preconceito e discriminação aos quais indivíduos nessas condições estão sujeitos, podem contribuir para alimentar esse sentimento de desamparo relatado ao final do programa pelos participantes. A literatura apresenta alguns estudos de programas de educação em saúde cuja duração média situa-se entre 12 e 16 semanas. Silveira et al. (2010), avaliou o impacto do atendimento multidisciplinar nas modificações dos hábitos alimentares e nos parâmetros antropométricos em crianças e adolescentes com excesso de peso durante 12 semanas de intervenção. Busnello

et al. (2011) desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar dois modelos de intervenção dietoterápica e a relação com a adesão ao tratamento e o impacto na melhora clínica de pacientes com síndrome metabólica, com duração de 16 semana. Ambos apresentam duração semelhante à proposta apresentada pelo presente estudo. Dessa forma, estudos sugerem que vários fatores, além da frequência de atendimento durante determinado período de tempo e do tipo de atendimento, interferem na aquisição permanente de um estilo de vida saudável. Nesse contexto, a educação alimentar se mostra uma importante estratégia a ser adotada no campo da saúde pública para conter o avanço da obesidade, principal determinante das condições que contribuem para o maior risco cardiovascular. A mudança do comportamento alimentar pela conscientização é o ponto fundamental para uma modificação nutricional mais eficiente (ALVAREZ; ZANELLA, 2009).

7. Conclusão e Considerações finais

Diante dos resultados obtidos observou-se que a maioria dos participantes era do sexo feminino, com idade média de 45 anos, casada ou em união estável e ensino médio completo como escolaridade mínima. Quanto ao IMC e a circunferência da cintura, a maioria indicava algum grau de obesidade e risco muito elevado para complicações associadas à obesidade no início da intervenção. Houve redução significativa dessas variáveis antropométricas e perda de peso ao término do programa, ocorrendo diminuição do IMC e do risco cardiovascular. Outro dado importante foram as mudanças alimentares relatadas pelos participantes, como aumento do consumo de água e alimentos mais saudáveis, fracionamento das refeições e tempo mastigação. A maioria deles referiu ter ficado satisfeita com o programa e com os resultados obtidos.

Diante disso, o programa de educação alimentar (PRAUSP) teve impacto positivo, sendo bem avaliado pelos participantes e apresentando resultados bastante satisfatórios, podendo ser considerado uma estratégia efetiva de EAN na situação de excesso de peso.

A motivação dos indivíduos em manterem e se aprofundarem em um estilo de vida saudável continua sendo um desafio para os profissionais da área de saúde. Dessa forma, uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar é imprescindível para que os objetivos sejam alcançados.

Apesar de o estudo ter evidenciado resultados favoráveis, algumas limitações devem ser apontadas. A principal delas diz respeito ao instrumento de avaliação final que foi elaborado para o programa. A sugestão é que este instrumento seja revisto e aprimorado, uma vez que não foi validado. Informações como a identificação do participante, devem ser incluídos neste instrumento, a fim de facilitar o cruzamento de dados para análises posteriores. Essas adequações têm como finalidade o aprimoramento do protocolo e consequentemente, do serviço oferecido para a população.

Por meio deste estudo fica evidente a utilidade da EAN enquanto estratégia para estimular mudanças comportamentais visando a promoção da saúde e a prevenção e controle de doenças, principalmente o sobrepeso e a obesidade. Aponta-se a necessidade do desenvolvimento de novos estudos que avaliem os aspectos envolvidos na satisfação do usuário de programas dessa natureza, com o intuito de aprimorar o protocolo utilizado, uma vez que a literatura apresenta muitos trabalhos relacionados à perda de peso e outras variáveis antropométricas, porém ainda é muita escassa na percepção do indivíduo enquanto parte do processo educativo.

Diante da alta prevalência da obesidade no país e suas consequências para a saúde, essa estratégia pode ser considerada uma iniciativa efetiva de EAN para o tratamento do excesso de peso e deve ser implementada em outros espaços e serviços comunitários nas áreas da saúde e educação.

Referências

ABREU, P. R.; CARDOSO, L. R. D. Multideterminação do comportamento alimentar em humanos: um estudo de caso. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 355-360, 2008.

ADAM, D.; PABLO, M.; MATTHIEU, M.; NICOLE, D. Low-energy-density diets are associated with higher diet quality and higher diet costs in French adults. **Journal of the American Dietetic Associaton**,107, n. 6, p. 1028-1032, 2007.

AGRESTI, A. **An Introduction to Categorical Data Analysis**. 2.ed:Wiley & Sons, 2007.

ALMEIDA, R. T.; ALMEIDA, M. M. G.; ARAÚJO, T. M. Abdominal obesity and cardiovascular risk: performance of anthropometric indexes in women. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 92, n. 5, p. 345-350, 2009.

ALVAREZ, T. S.; ZANELLA, M. T. Impacto de dois programas de educação nutricional sobre o risco cardiovascular em pacientes hipertensos e com excesso de peso. **Rev. Nutr**., Campinas, v. 22, n. 1, p. 71-79, 2009.

ALVES, A. L. C. A.; MUNARI, D. B.; LIMA, F. V.; SILVA, W. O. Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. **Rev. Enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 18-24, 2003.

APOLINÁRIO, R. M.; MOARES, R. B.; MOTTA, A. R. Mastigação e dietas alimentares para redução de peso. **Rev. Cefac**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 191-199, 2008.

BARBATO, K. B. G.; MARTINS, R. C. V.; RODRIGUES, M. L.; BRAGA, J. U.; FRANCISCHETTI, E.; GENELHU, V. A. Efeitos da redução de peso superior a 5% nos perfis hemodinâmico, metabólico e neuroendócrino de obesos grau I. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 87, n.1, p. 12-21, 2006.

BARLOW, S. E.; DIETZ, W. H. Obesity evaluation and treatment: expert commitee recomendations. **Pediatrics**, v. 102, n. 3, p. 29, 1998.

BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicol. Inf.**, São Paulo, v. 14, n. 14, p. 160-169, 2010.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva** – teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BIELING, P. J.; MCCABE, R. E.; ANTONY, M. M. **Terapia cognitivo-comportamental em grupos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BOOG, M. C. F. Contribuições da educação nutricional à construção da segurança alimentar. **Saúde Rev.**, Piracicaba, v. 6, n. 13, p. 17-23, 2004.

BOOG, M. C. F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 139-147, 1997. Suplemento 2.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRESSAN, J.; COSTA, A. G. V. Tratamento nutricional da obesidade. In: NUNES, M. A.; APPOLINARIO, J. C.; GALVÃO, A. L.; COUTINHO, W. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 27.

BRUCE, J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. **Stud. Fam. Plann.**, v. 21, n. 2, p. 61-91, 1990.

BUENO, J. M.; LEAL, F. S.; SAQUY, L. P. L.; SANTOS, C. B.; RIBEIRO, P. P. R. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 575-584, 2011.

BUSNELLO, F. M.; BODANESE, L. C.; PELLANDA, L. C.; SANTOS, Z. E. A. Intervenção nutricional e o impacto na adesão ao tratamento em pacientes com síndrome metabólica. **Arq. Bras. Cardiol**., São Paulo, v. 97, n. 3, p. 217-224, 2011.

CABRERA, M. A. S.; FILHO, W. J. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e comorbidades. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 494-501, 2001.

CAMPOS; A. L. R. Aspectos psicológicos da obesidade. In: NÓBREGA; F. J. **Distúrbios da nutrição**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 394-395.

CARVALHO, K. M. B.; DUTRA, E. S.; ARAÚJO, M. S. M. Obesidade e síndrome metabólica. In: CUPPARI, L. **Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis**. Barueri: Manole, 2009. cap. 3.

CARVALHO, K. M. Obesidade. In: CUPPARI, L. **Guia de Nutrição**: nutrição clínica no adulto. Barueri: Manole, 2005. cap. 8.

CESARINO, C. B.; RIBEIRO, R. C. H. M.; LIMA, I. C. P. C.; BERTOLIN; D. C.; RIBEIRO, D. F.; RODRIGUES, A. M. S. Avaliação do grau de satisfação de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, p. 519-523, 2009. Especial-Nefrologia.

CERVATO, A. M.; DERNTL, A. M.; LATORRE, M. R. D. O.; MARUCCI, M. F. N. Educação nutricional para adultos e idoso: uma experiência positiva m universidade aberta para terceira idade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 41-52, 2005.

CERVATO, A. M. Elaboração de programas de educação nutricional. In: DIEZ-GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M. **Mudanças alimentares e educação nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 187-197.

CONTENTO, I.; BALCH, G. I.; BRONNER, Y. L.; PAIGE, D. M.; GROSS, S. M.; BISIGNANI, L. The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition policy, programs and research: a review of research. **J. Nutr. Educ.**, v. 27, n. 6, 1995.

CORDEIRO, A. A. Planejamento de intervenções educativas em nutrição para pré-escolar, escolares e adolescentes. In: FAGIOLI, D.; NASSER, L. A. **Educação nutricional na infância e na adolescência**: planejamento, intervenção, avaliação e dinâmicas. São Paulo: RCN, 2008. cap. 7.

CORMICK, S. E.; CLARKE, C. I. Prevention and management of overweight/obesity in the community. **Nutr. Bullet.**, v. 29, n. 3, p. 274-279, 2004.

COSTA, B. M. F.; ARAÚJO, T. M.; FORNÉS, N. A. S.; SOUSA, L. M.; FERREIRA, T. A. P. C.; PAULINELLI, R. R.; MARQUES, R. M. B. Estudo prospectivo do impacto da intervenção nutricional educativa em uma empresa privada no Brasil. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 233-241, 2008.

COSTA, M. A. P.; VASCONCELOS, A. G. G.; FONSECA, M. J. M. Prevalência de obesidade, excesso de peso e obesidade abdominal e associação com prática de atividade física em uma universidade federal. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 421-436, 2014.

COTTA, R. M. M.; REIS, R. S.; BATISTA, K. Ç. S.; DIAS, G.; ALFENAS, R. C. G.; CASTRO, F. A. F. Hábitos práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repenando o cuidado a partir da atenção primária. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 6, p. 823-835, 2009.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc. Sci. Med.**, v. 50, p. 1385-1401, 2000.

CROW, R.; GAGE, H.; HAMPSON, S.; HART, J.; KIMBER, A.; STOREY, L.; THOMAS, H. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. **Health Technol. Assess.**, v. 6, n. 32, p. 1-244, 2002.

CUNHA, D. T.; ALBANO, R. D. Evolução antropométrica após intervenção nutricional. *Nutrire*. **Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 15-26, abr. 2013.

CUPPARI, L. **Guia de nutrição:** nutrição clínica no adulto. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2005.

DÂMASO, A.; GERRA, R. L. F.; BOTERO, J. P.; PRADO, W. L. Etiologia da obesidade. In: DÂMASO, A. **Obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, cap. 1.

DIETZ, W. H.; BAUR, L. A.; HALL, K.; PUHL, R. M.; TAVERAS, E. M.; UAUY, R. KOPELMAN, P. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. **The Lancet**, v. 385, n. 9986, p. 2521-2533, 2015.

DONABEDIAN A. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med**., v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

ELLO-MARTIN, J.A.; ROE, L.S.; LEDIKWE, J.H.; BEACH, A.M.; ROLLS, B.J. Dietary energy desity in the treatment of obesity: A year-long trial comparing 2 weight-loss diets. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 85, n. 6, p. 1465-1477, 2007.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p.303-312, 2005.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006.

FELIPPE, F.; BALESTRIN, L.; SILVA, F. M.; SCHNEIDER, A. P.; Qualidade da dieta de indivíduos expostos e não expostos a um programa de reeducação alimentar. **Rev. Nutr.,** Campinas, v. 24, n. 6, p. 833-844, 2011.

FERNANDES, M. T. **O trabalho com grupos na Saúde da Família**: concepções e estratégias para o cuidado transcultural. 2006. 179f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R., Obesidade no Brasil: tendências atuais. **Rev. Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 24, n. 6, p. 71-81, 2006.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1 p. 105-109, 2005.

FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; MARTINS, L. M., SLATER, B. **Inquéritos alimentares**: métodos e bases científicos. Barueri: Manole, 2005.

FOSTER, G. D; WADDEN, T. A; VOGT, R.A., BREWER, G. What is a reasonable weight loss? Patients exepectations and evaluations of obesity treatment outcomes. **J. Consult. Clin. Psycol.**, v. 65, n. 1, p. 79-85, 1997.

FREITAS, J. B.; TAVARES, A.; KOHLMANN, J. R. O.; ZANELLA, M. T.; RIBEIRO, A. B. Estudo transversal sobre o controle da pressão arterial no serviço de nefrologia da escola paulista de medicina-UNIFESP. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 79, n. 2, p. 117-122, 2002.

GALANTE, A. P; SCHWARTZMAN, F.; VOCI, S. M. Aplicações práticas da ingestão dietética de referência. In: ROSSI, L.; CARUSO, L.; GALANTE, A. P. **Avaliação nutricional**: novas perspectivas. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. cap. 5.

GALATI, G. C.; DIEZ-GARCIA, R. W.; REGO, E. H. A Construção de um Programa de Educação Nutricional para Mulheres Hipertensas. In: DIEZ-GARCIA, R. W.; MANCUSO, A. M. C. **Mudanças Alimentares e Educação Nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 287-295.

GAMBARINI, G. P.; Métodos de Avaliação e Recomendação Alimentar para Obesos. In: DÂMASO, A., **Obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap. 21.

GASQUET, I.; VILLEMINOT, S.; ESTAQUIO, C.; DURIEUX, P.; RAVAUD, P.; FALISSARD, B. Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion of quality of hospital consultation departments. **Health Qual. Life Outcomes**, v. 2, n. 43. 2004.

GOMES, F. A.; P ANOBIANCO, M. S.; FERREIRA, C. B.; KEBBE, L. M.; MEIRELLES, M. C. C. C. Utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 11, p. 292-295, 2003.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. E. A produção de conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, 2006.

GOODRICK, G. K.; FOREYT, J. P. Why treatments for obesity don't last. **J. Am. Diet. Assoc.** 1991, v. 91, n. 10, p. 1243-1247.

HOWARD, M.; GOERTZEN, J.; HUTCHISON, B.; KACZOROWSKI, J.; MORRIS, K. Patient satisfaction with care for urgent health problems: a survey of family practice patients. **Ann. Fam. Med.**, v. 5, n.5, p. 419-424, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2002-2003**, Rio de Janeiro, 2004**.**

JACKSON, R.; ASIMAKOPOULOU, K.; SCAMMELL, A.; Assessment of the transtheoretical model as used by dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes. **J. Hum. Nutr. Diet**., v. 20, p. 27-36, 2007.

JANSEN, I.; KATZMARZYK, P. T; ROSS; R. Body mass index, waist circumference, and health risk. **Arch. Intern. Med.,** v. 162, n. 8, p. 2074-2079, 2002.

KLACK, K.; CARVALHO, J. F. A importância da intervenção nutricional na redução do peso corpóreo em pacientes com síndrome do anticorpo antifosfolípide. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v.48, n.3, p. 134-140, 2008.

KOEHNLEIN, E. A.; SALADO, G. A.; YAMADA, A. N. Adesão à reeducação alimentar para perda de peso: determinantes, resultados e a percepção do paciente. **Rev. Bras. Nutr. Clin.**, v. 23, n. 1, p. 56-65, 2008.

KUMPEL, D. A.; SODRÉ, A. C.; POMATTI, D. M.; SCORTEGAGNA, H. M.; FILIPPI, J.; PORTELLA, M. R.; DORING,M.; SCARIOT, M. Obesidade em idosos acompanhados pela estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.,** Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 471-477, 2011.

KUOSMANEN, L.; HATONEN, H.; JYRKINEN, A. R.; KATAJISTO, J.; VALIMAKI, M. Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. **J. Adv. Nurs.**, v. 55, n. 6, p. 655-663, 2006.

LAGE, A. Mulheres com mais de 40 anos têm dificuldade para emagrecer. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 27 set. 2007. Caderno Equilíbrio e Saúde.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LAUS, M. F.; LORENZATO, L.; COSTA, T. M. B.; Educação nutricional r comportamento alimentar: relatos e reflexões. In: ALMEIDA, S. S.; COSTA, T. M. B.; LAUS, M. F.; STRAATMANN, G. **Psicobiologia do Comportamento Alimentar**. Rio de Janeiro: Rúbio, 2013, Capítulo 11.

LEAL, F. S. **Tratamento da obesidade: investigando o abandono e seus aspectos motivacionais**. 2012. 116f. Dissertação (Mestrado), - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2012.

LEDIKWE, J. M.; ROOLS, B. J.; SMICIKLAS-WRIGHT, H.; MITCHELL, D. C.; ARD, J. D.; CHAMPAGNE, C. Reductions in dietary energy densinty are associated with weight loss in overweight and obese participants in the PREMIER trial. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 85, n. 5 p. 1212-1221, 2007.

LIMA, L. P; SAMPAIO, H. A. C. Caracterização socioeconômica, antropométrica e alimentar de obesos graves. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1011-1020, 2007.

LINO, M. Z. R; MUNIZ, P. T.; SIQUEIRA, K. S. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Cad. de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 797-810, 2011.

LINS, A. P. M.; SICHIERI, R.; COUTINHO, W. F.; RAMOS, E. G.; PEIXOTO, M. V. M.; FONSECA, V. M. Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa de renda. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 357-366, 2013.

LOPES, C. A. E. **O conhecimento profissional dos professores e suas ralações com estatística e probabilidade na educação infantil.** 2003. 223f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação – FE, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. 2003.

LOWE, M. R; MILLER-KOVACH, K; PHELAN, S. Weight-loss maintenance in overweight individuals one to five years following successful completion of a commercial weight loss program. **Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.**, v. 25, n. 3, p. 325-331, 2001.

LUCK, M.; BAMFORD, M.; WILLIAMSON, P. **Men's health: perspectives, diversity and paradox**. London: Blackwell Sciences; 2000.

LUIZ, A. M. A. G.; GORAYEB, R.; LIBERATORE, R. D. R.; DOMINGOS, N. A. M. D. Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. **Est. Psic**., Natal, v. 10, n. 1, p. 35-39, 2005.

MACHADO, N. P.; NOGUEIRA, L. T.; Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. **Rev. Bras. Fisioter**., São Carlos, v. 12, n. 5, p.401-408, 2008.

MAILLOT, M..; DARMON, N.; VIEUX, F.; DREWNOWSKI, A. Low energy density and high nutritional quality are each associated with higher diet costs in French adults. **Am. J. Clin. Nutr.,** v. 86, n. 3, p. 690-696, 2007.

MARGOLIS, S. A.; AL-MARZOUQ, S.; REVEL, T. Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates. **Int. J. Qual. Health Care**., v. 15, n. 3, p. 241-249, 2003.

MARTINS, T. G.; ASSIS, M. A. A.; NAHAS, M. V.; GAUCHE, H.; MOURA, E. C. Inatividade física no lazer de adultos e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 814-824, 2009.

MATOS, A. C.; LADEIA, A. M. Avaliação de Fatores de Risco Cardiovascular em uma Comunidade Rural da Bahia. **Arq. Bras. Cardiol**., São Paulo, v. 81, n. 3, p. 291-296, 2003.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C, M.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B.; DOMINGOS, N. A. M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 9-24, 2005.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F.; Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudança de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 6, p. 468-474, 2004.

MENDEZ, M. A; WYNTER, S.; WILKS, R.; FORRESTER, T. Under- and overreporting of energy is related to obesity, lifestyle factors and food group intakes in Jamaican adults. **Public. Health Nutr.,** v. 7, n. 1, p. 9-19, 2004.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior**. New York: Guilford Press; 1991.

MOIMAZ, S. A. S; MARQUES, J. A. M.; SALIBA, O.; GARBIN, C. A. S; ZINA, L. G.; SALIBA, N. A; Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.

MOLARIUS, A.; SEIDELL, J. C.; SANS, S.; TUOMILEHTO, J.; KUULASMAA, K. Waist and hip circumferences, and waisthip ratio in 19 populations of the WHO MONICA Project. **Internacional Journal of Obesity and Related Metabolic. Disorders**. v. 23, n. 2, p. 116-125, 1999.

MONTEIRO, R. C. A.; RIETHER, P. T. A.; BURINI, R. C.; Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 4, dez. 2004.

MOORE, L. L; BRADLEE, M. L; SINGER, M.R; SPLANSKY, G. L; PROCTOR, M. H.; ELLISON, R. C; KREGER, B. E. BMI and waist circumference as predictors of lifetime colon cancer risk in Framingham Study adults. **Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.,** v. 28, n. 4, p. 559-567, 2004.

MOTTA, D. G., BOOG, M. C. F. **Educação nutricional**. São Paulo: IBRASA; 1984.

MUNARI, D. B; RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem e grupos.** Goiânia: Editora AB; 2003.

NAHAS, F. M. A.; CASTRO, V.; RIBEIRO, R. P. P. Excesso de peso e hipertensão: perda ponderal melhora risco cardiovascular. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 23-27, 2015.

NEUFELD, C. B. Intervenções em grupos na abordagem cognitivo-comportamental. In Bernard Rangé (Org.). **Psicoperapias cognitivo-comportamentais:** um diálogo com a psiquiatria**.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 737-750.

NOBRE, F; PIERIN, A. M. G; MION, D. J. **Adesão ao tratamento o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial; 2001.

OLIVEIRA, M. C.; SICHIERI, R. Fracionamento das refeições e colesterol sérico em mulheres com dieta adicionada de frutas ou fibras. **Rev. Nutr**., Campinas, v. 17, n. 4, p. 449-459, 2004.

OLIVEIRA, M. R. M; CORSINI, M. S; LEITE, C. V. S. Obesidade: da pesquisa básica às políticas públicas de prevenção e cuidado. In: ALMEIDA, S. S.; COSTA, T.M.B.; LAUS, M. F.; STRAATMANN, G. **Psicobiologia do comportamento alimentar.** Rio de Janeiro: Rubio, 2013. cap. 9.

OLIVEIRA, S. I; OLIVEIRA, K. S. Novas perspectivas em educação alimentar e nutricional. **PSICOL. USP**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 495-504, 2008.

ORTIZ ESPINOSA, R. M; MUÑOZ JUÁREZ, S.; MARTÍN DEL CAMPO, D. L; CARREÑO, E. T. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según

la opinión de los usuarios. **Rev. Panam. Salud. Pública**. Washington, v. 13, n. 4, p. 229-238, 2003.

PEIXOTO, M.R.G.; BENÍCIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O.; JARDIM, P. C. B. V. Circunferência da cintura e índice de massa corporal como preditores da hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol**., São Paulo, v. 87, n. 4, p. 462-70, 2006.

PEREIRA, J. M.; HELENE, L. M. F. Reeducação alimentar e um grupo de pessoas com sobrepeso e obesidade: relato de experiência. **Rev. Esp. Saúde**. Londrina, v. 7, n. 2, p. 32-38, 2006.

PICHON-RIVIÈRE H. **O processo grupal**. 8. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 1998.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002,

PITANGA, F. J. G; LESSA, I. Anthropometric Indexes of obesity as an instrument of screening for high coronary risk in adults in the city of Salvador – Bahia. **Arq. Bras. Cardiol.,** São Paulo, v. 85, n. 1, p. 26-31, 2005.

PONTES, L. M. B. Por que reeducar em grupos. **Jornal do Conselho federal de Nutrição**, Brasília, v. 2, n. 6, p. 7, 2000.

PORTO, M. C. V; BRITO, I. C; CALFA, A. D; AMORAS, M; VILLELA, N. B; ARAÚJO, L. M. B. Perfil do obeso classe III do ambulatório de obesidade de um hospital universitário de Salvador, Bahia. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.,** São Paulo, v. 46, n. 6, p. 668-673, 2002.

PRÉVOST, A.; FAFARD, A.; NADEAU, M. A. La mesure de lasatisfaction des usagers dans le domaine de la santé et des services sociaux: l´experience de la Régie Régionale Chadière- Appalaches. **Can. J. Program. Eval**. v. 13, n. 1, p. 1-23, 1998.

R CORE TEAM. **R**: a language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2013.

RANGÉ, B.P. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais:** um diálogo com a psiquiatria. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RANSKIN; D. B. F.; PINTO-NETO, A. M.; COSTA-PAIVA, L. H. S.; RASKIN, A.; MARTINEZ, E. Z. Fatores associados à obesidade e ao padrão andróide de distribuição da gordura corporal em mulheres climatéricas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**., Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 435- 441, 2000.

RAYNOR, H. A.; WALLEGHEN, E. L. V.; BACHMAN, J. L.; LOONEY, S. M.; PHELAN, S.; WING, R. R. Dietary energy density and successful weight loss maintenance. **Eat. Behav.**, v. 12, n. 2, p.119-125, 2011.

REZENDE, F. A. C.; ROSADO, L. E.; RIBEIRO, R. L.; VIDIGAL, F. C.; VASQUES, A. C. J.; BONARD, I. S. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 87, n. 6, p. 728-734, 2006.

RODRIGUES, E. M.; BOOG, M. C. F. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5 p. 923-931, 2006.

RODRIGUES, E. M.; SOARES, F. P. T. P.; BOOG, M. C. F.; Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 119-128, 2005.

ROTENBERG, S.; VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**., Recife, v. 4, n. 1, p. 85-94, 2004.

SAHYOUN, N. R. Nutrition education for the healthy elderly population: Isn't it time? **J. Nutr. Educ. Behav**. v. 34, n. 1, p. 42-47, 2002.

SANS-CORRALES, M.; PUJOL-RIBERAA, E.; GENÉ-BADIA, J.; PASARÍN-RUAD, M. I.; IGLESIAS-PÉREZA, B.; BRUNET, J. C. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. **Family Practice,** v. 23, n. 3, p.308-316, 2006.

SANTIAGO, J. C. S.; MOREIRA, T. M. M.; FLORENCIO, R. S. Associação entre excesso de peso e características de adultos jovens escolares: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 250-258, 2015.

SANTOS, L. A. S.; Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 5, p. 681-692, 2005.

SANTOS, P. L. S. **Efeitos de intervenção interdisciplinar em grupo para pessoas com diagnóstico de sobrepeso e obesidade**. 2010. 91p. Dissertação (Mestrado) Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília, 2010.

SAQUIB, N.; NATARAJAN, L.; ROCK, C. L.; FLATT, S. W.; MADLENSKY, L.; KEALEY, S.; The impact of a long-term reduction in dietary energy density on body weigth within a randomized diet trial. **Nutrition and Cancer**, v. 60, n. 1, p. 31-38, 2008.

SILVEIRA, A. M.; JANSEN, A. K.; NORTON, R. C.; SILVA, G. S.; WHYTW, P. P. M. Efeito do atendimento multidisciplinar na modificação dos hábitos alimentares e antropometria de crianças e adolescentes com excesso de peso. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 3, p. 277-284, 2010.

SOUZA, A. C.; SANTOS, I.; COSTA, L.; OLIVEIRA, D. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev. Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, 2005.

STARFIELD, B. **Measurement of Outcome:** a proposed scheme. The Milbank Quarterly. v. 83, n. 4, p. 1-11, 2005.

SWUIBURN, B. A; RAVUSIN, E. Energy and macronutrient metabolism. **Baillieres Clin. Endocrinol. Metab.,** v. 8, n. 3, p. 527-548, 1994.

TANIGUCHI, C.; GIMENO, S. G. A.; FERREIRA, S. R. G. Características antropométricas de nipo-brasileiros. **Rev. Bras. Epidemiol**., São Paulo, v. 7, n. 4, p. 423-433, 2004.

TEIXEIRA, P. D. S.; REIS, B. Z.; VIEIRA, D. A. S.; COSTA, D.; COSTA, J. O.; RAPOSO, O. F. F.; WARTHA, E. R. S. A.; NETTO, R. S. M. Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 347-356, 2013.

TORRES, H. C.; FRANCO, L. J.; STRADIOTO, M. A.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A.; Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 291-298, 2009.

TRAD; L.; BASTOS, A. C.; SANTANA, E. M.; NUNES, M. **A construção social da estratégia de saúde da família**: condições, sujeitos e contextos. [s.1.]: PNEPG; 2001.

TRENTINI, M.; GONÇALVES, L. H. T. Pequenos grupos: um método no desenvolvimento de tecnologias em enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 63-78, 2000.

UCHIMURA, K. Y; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

VILLARES, S. M. F.; RIBEIRO, M. M.; SILVA, A. G. Obesidade infantil e exercício. **Rev. Abeso**. 13 ed. 2003.

VIUNISKI, N. Epidemiologia da obesidade e síndrome plurimetabólica na infância e adolescência In: DÂMASO, A.; **Obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, cap. 2.

WERUSTSKY, C. A.; BARROS, T. M. Grupo com obesos. In: MELLO, F. J. **Grupo e corpo:** psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

WEST, R. Assessment of dependece and motivation to stop smoking. **BMJ**. v. 328, n. 7435, p. 338-339, 2004.

WESTAWAY, M. S; RHEEDER, P.; ZYL, D.G.V.; SEAGER, J.R. Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. **Int. Jor. Qual. Health Care.** v. 15, n. 4, p. 337-44, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity**. Geneva, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics**, Geneva, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Obesity and overweight**. Geneva, 2013.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos Básicos da grupoterapias**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Anexos

Anexo A

Anamnese inicial

Data: _____ Grupo nº_____

1-DADOS PESSOAIS

Nome:_____

Endereço:_____nº:_____

Bairro:_____ e-mail:_____

Local de trabalho: _____ Função: _____

Telefones: celular: ( ):_____residencial:( )_____; comercial: ( )_____

Idade:_____Data de nascimento:_____

Estado Civil:_____

nº filhos:_____Quantos deles têm excesso de peso ?_____

Grau de escolaridade: Ensino fundamental completo ( ), Ensino médio completo ( ), superior completo( ).

Você pratica algum exercício físico? S( ) N( )

Que tipo/ com que frequência?
_____

Você tem: Hipertensão ( ), Diabetes ( ), Doença do Coração ( ),

Outras doenças ( ) Quais ?
_____

2- DADOS DA ALIMENTAÇÃO :

Quantas pessoas comem regularmente em casa?
_____

Você usa adoçante ? Sim ( ) Não ( ) Onde usa ?
_____

Você mastiga bem os alimentos? Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( )

Você costuma beliscar entre as refeições? Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( )

Você assiste TV ou faz outra coisa enquanto come? Sim( ) Não ( ) Às vezes ( )

Você come quando está nervosa(o),ansiosa(o), triste, etc? Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( )

O que costuma comer nesses momentos ?

_____

Para você, o que é uma alimentação saudável ?

_____

_____

O que você pratica disso? (circular na resposta anterior)

_____
_____

Você acha que a sua alimentação tem problemas ou erros? Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( )

Quais ?
_____

Você fuma? Sim ( ) Quantos cigarros por dia ? _____ Não( )

Qual é a freqüência (dia/semana) com que você evacua?_____ Você usa laxante ? Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( )

Que tipo e freqüência
_____

3- DADOS DA HISTÓRIA DE PESO

Há quanto tempo você tem excesso de peso ?_____

Você atribui isso a algum fato? _____

Já fez tratamento antes? Sim( ) Não ( ) Com o quê? Remédio ( ), Dieta( ),

Exercício físico ( ) Há quanto tempo ?_____

Perdeu peso? Sim ( ) Não ( ) Quanto ? _____

Você voltou a ganhar peso ? Sim ( ) Não ( ) Quanto ? _____

Qual foi seu maior peso ? _____ E o menor peso ? _____

4- PARTICIPAÇÃO NO PRAUSP-EERP

Qual o motivo de você ter procurado o PRAUSP ?

_____

_____

Como você se sente com seu peso atual?

Muito satisfeito ( ) Satisfeito ( ) Mais ou menos satisfeito ( )

Insatisfeito ( ) Muito insatisfeito ( )

Qual o peso que você gostaria de ter ? _____

Qual o peso que você acha que é possível alcançar ?_____

Como você se sente em relação á sua saúde?

Muito satisfeito ( ) Satisfeito ( ) Mais ou menos satisfeito

Insatisfeito ( ) Muito insatisfeito ( )

Anexo B

AVALIAÇÃO FINAL

Estamos pedindo para você responder essas questões para conhecer sua opinião sobre o trabalho em grupo. Sua sinceridade nas respostas é muito importante. Não se preocupe com que os outros vão pensar e não precisa se identificar.

1-Em relação à perda de peso e outros resultados obtidos nesse período, você se encontra:

Plenamente satisfeito ( ) Muito satisfeito ( ) Satisfeito ( )

Pouco satisfeito ( ) Insatisfeito ( ) Muito insatisfeito ( )

Justifique a sua resposta: _____

_____

2- Durante o grupo, qual acontecimento foi mais importante para você? (o que mais te marcou)?

_____

_____

3- Ter participado desde grupo mudou algo na sua maneira de ver ou pensar ? Se sim, o quê ?

_____

_____

4- Você acha que a Reeducação Alimentar é um método viável para perder peso? Sim ( ) Não ( )

Porquê?_____

_____

5- Que mudanças de hábitos que você conseguiu fazer ?

_____

_____

6- Quais foram as principais dificuldades que você teve durante o Programa ?

_____

_____

7- Em algum momento, você pensou em desistir? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

_____

_____

Se sim, como você superou este momento?

_____

_____

8- Como você avalia a prática de atividade física que foi proposta ?

_____

_____

9- Você recomendaria esse Programa para outras pessoas?

Sim ( ) Não ( ) Não sei ( )

_____

_____

10- Gostaríamos que você contribuísse para a melhoria do Programa, fazendo comentários (sugestões e críticas) sobre a sua duração, forma de desenvolvimento (local, duração,horário, etc), equipe, material oferecido, etc.

_____

Anexo C

Aprovação do CEP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 231/2013

Ribeirão Preto, 25 de setembro de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 25 de setembro de 2013.

Protocolo CAAE: 19961713.7.0000.5393

Projeto: Avaliação de um programa de educação alimentar na perspectiva dos participantes.

Pesquisadores: Rosane Pilot Pessa Ribeiro
Aline Corrêa Dias

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Rosane Pilot Pessa Ribeiro
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP