

LUCILENE DE ALENCAR SILVA

**PROGRAMA DE MODIFICAÇÃO DO
COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM IDOSOS
OBESOS**

**PUC-CAMPINAS
2002**

LUCILENE DE ALENCAR SILVA

**PROGRAMA DE MODIFICAÇÃO DO
COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM IDOSOS
OBESOS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da PUC-Campinas, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral

**PUC-CAMPINAS
2002**

LUCILENE DE ALENCAR SILVA

**PROGRAMA DE MODIFICAÇÃO DO
COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM IDOSOS
OBESOS**

Banca Examinadora

Prof. Dra. Deise Borges Keiralla
Unicamp

Profa. Dra. Geraldina Porto Witter
PUC-Campinas

Profa. Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral
PUC-Campinas
Orientadora

Campinas, 13 de dezembro de 2002.

*Dedico este trabalho às pessoas que
acreditaram e colaboraram na realização do
mesmo.*

*Especialmente para meu pequenino e amado
sobrinho Vitor.*

Agradecimentos

À Dr^a Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral por me acolher carinhosamente e orientar a realização deste trabalho.

À Dr^a Luciana Magri pela valiosa contribuição para a realização deste trabalho.

À Dr^a Geraldina Porto Witter pela valiosa colaboração no exame de qualificação.

Ao Dr^o Antonios Terzis que carinhosamente colaborou com sua participação no meu exame de qualificação.

À Denilce Xisto coordenadora pedagógica da Universidade da Terceira Idade -Unicastelo pela autorização e apoio para a realização desta pesquisa.

À Ms.^a Elaine Cristina Catão pelo seu apoio, incentivo e a colaboração na realização deste trabalho.

À Ms^a e eterna professora Alessandra Martinez que ensinou os meus primeiros passos na minha formação profissional.

Aos meus queridos pais, Ivone e Cláudio que acreditaram na minha capacidade.

À minha irmã Lucilde pelo grande auxílio na confecção e estruturação das tabelas deste trabalho.

Ao querido Maurício que com carinho incentivou e apoiou essa minha conquista.

As queridas amigas Aninha, Vilma e Juliana que acompanharam todo esse meu percurso pelo mestrado.

A todos os professores, amigos e funcionários da PUC-Campinas que acompanharam essa minha caminhada profissional.

Um agradecimento especial a todos que colaboraram na realização deste estudo.

Ao CNPq que proporcionou suporte econômico para a realização deste projeto.

SUMÁRIO

Dedicatória	iv
Agradecimentos	v
Sumário	vi
Lista de figuras	vii
Lista de tabelas	viii
Lista de anexos	xiii
Resumo	xiv
Abstract	xv
Apresentação	xvi
Introdução	1
Transtornos Alimentares e Modelo Psicológico de Saúde	1
Obesidade: Características Físicas e Comportamentais	8
Terceira Idade e a Obesidade	13
Tratamento para Obesidade	20
Objetivos	27
Método	29
Sujeito	29
Material	29
Procedimento	34
Resultados e Discussão	51
Conclusões e Considerações finais	152
Referências Bibliográficas	155
Anexos	165

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Percentagem de sujeitos por faixa etária na população estudada (n=67)	53
Figura 2:	Percentagem de sujeitos de acordo com o sexo da população estudada (n=67)	53
Figura 3:	Percentagem de sujeitos de acordo com o estado cívil da população estudada (n=67)	54
Figura 4:	Percentagem de sujeitos da população de acordo com a escolaridade (n=67)	56
Figura 5:	Percentagem das doenças citadas pelos sujeitos da população (n=67)	56
Figura 6:	Peso corporal do grupo de intervenção ao longo do pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento	65
Figura 7:	Refeições realizadas pelos sujeitos da amostra	88
Figura 8:	Quem prepara as refeições dos sujeitos da amostra	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Percentagem de sujeitos nas diferentes profissões exercidas (n=67)	55
Tabela 2:	Percentagem de sujeitos em profissões exercidas atualmente (n= 67)	55
Tabela 3:	Distribuição das frequências absolutas e percentuais referentes a classificação do IMC da população, durante três medidas	59
Tabela 4:	Evolução do peso do Sujeito I nas sessões de pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento	60
Tabela 5:	Evolução do peso do Sujeito II nas sessões de pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento	61
Tabela 6:	Evolução do peso do Sujeito III nas sessões de pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento	61
Tabela 7:	Evolução do peso do Sujeito IV nas sessões de pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento	62
Tabela 8:	Evolução do peso do Sujeito V nas sessões de pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento	63
Tabela 9:	Evolução do peso do Sujeito VI nas sessões de pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento	63
Tabela 10:	Evolução do peso do Sujeito VII nas sessões de pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento	64
Tabela 11:	Evolução do peso do Sujeito VIII nas sessões de pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento	64
Tabela 12:	Comparação do peso inicial com o peso final da amostra	66
Tabela 13:	Comparação entre três medidas de peso do grupo experimental e do grupo controle	67

Tabela 14:	Índice de Massa Corporal (IMC) da amostra	68
Tabela 15:	Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a resposta do Sujeito I	69
Tabela 16:	Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a resposta do Sujeito II	70
Tabela 17:	Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a resposta do Sujeito III	72
Tabela 18:	Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a resposta do Sujeito IV	73
Tabela 19:	Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a resposta do Sujeito V	74
Tabela 20:	Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a resposta do Sujeito VI	75
Tabela 21:	Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a resposta do Sujeito VII	76
Tabela 22:	Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a resposta do Sujeito VIII	77
Tabela 23:	Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente as respostas de todos os sujeitos	79
Tabela 24:	Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente as respostas de todos os sujeitos sobre os alimentos que mais gostam de comer	81
Tabela 25:	Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente as respostas de todos os sujeitos sobre os alimentos que menos gostam de comer	84
Tabela 26:	Número de refeições dos sujeitos da amostra (n=8)	86
Tabela 27.:	Quais são as refeições realizadas pelos sujeitos da amostra (n=8)	87

Tabela 28:	Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente as respostas do Sujeito I	88
Tabela 29:	Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente as respostas do Sujeito II	89
Tabela 30:	Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente as respostas do Sujeito III	91
Tabela 31:	Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente as respostas do Sujeito IV	92
Tabela 32:	Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente as respostas do Sujeito V	93
Tabela 33:	Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente as respostas do Sujeito VI	94
Tabela 34:	Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente as respostas do Sujeito VII	95
Tabela 35:	Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente as respostas do Sujeito VIII	96
Tabela 36:	Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente as respostas de todos os sujeitos	98
Tabela 37:	Local das refeições dos sujeitos da amostra	100
Tabela 38:	Considera-se obeso?	102
Tabela 39:	Atividade física dos sujeitos da amostra	103
Tabela 40:	Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-I do Sujeito I	107
Tabela 41:	Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-I do Sujeito II	108

Tabela 42: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento I do Sujeito III	110
Tabela 43: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-I do Sujeito IV	111
Tabela 44: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-I do Sujeito V	112
Tabela 45: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-I do Sujeito VI	113
Tabela 46: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-I do Sujeito VII	114
Tabela 47: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-I do Sujeito VIII	115
Tabela 48: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento I de todos os sujeitos(n=8)	116
Tabela 49: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-II do Sujeito I	120
Tabela 50: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-II do Sujeito II	121
Tabela 51: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-II do Sujeito III	122
Tabela 52: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-II do Sujeito IV	123
Tabela 53: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-II do Sujeito V	124

Tabela 54: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-II do Sujeito VI	125
Tabela 55: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-II do Sujeito VII	126
Tabela 56: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-II do Sujeito VIII	127
Tabela 57: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-II de todos os sujeitos (n=8)	128
Tabela 58: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente as atividades reforçadoras positivas dos sujeitos (n=6)	130

LISTA DE ANEXOS

Anexo I:	Consentimento Informado	165
Anexo II	Ficha de Identificação	166
Anexo III:	Ficha de Peso e Altura	167
Anexo IV:	Consentimento Informado ao Programa de Modificação do Comportamento Alimentar	168
Anexo V:	Roteiro de Entrevista I	169
Anexo VI:	Histórico da Obesidade	174
Anexo VII:	Ficha de Automonitoramento	179
Anexo VIII:	Ficha de Peso Semanal	180
Anexo IX:	Guia de Lanche Modelo	181
Anexo X:	Orientações e Sugestões de Cuidados com a Saúde	187
Anexo XI:	Ficha de Modificação do Comportamento Alimentar	188
Anexo XII:	Tabela sobre Peso, Altura e IMC	189
Anexo XIII:	Roteiro de Entrevista II	191
Anexo XIV:	Questões do Histórico da Obesidade	194

Silva, L.A. (2002). *Programa de Modificação do Comportamento Alimentar em idosos obesos*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. PGPC: PUC-Campinas, xvi + 196.

Resumo

O objetivo deste trabalho foi avaliar a eficácia de um Programa de Modificação do Comportamento Alimentar, além de identificar e compreender o comportamento alimentar de idosos obesos. Participaram da presente pesquisa, na fase A sessenta e sete sujeitos, sendo que foram selecionados oito sujeitos para a amostra que apresentavam sessenta anos ou mais, alfabetizados e com Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 30,0 e menor ou igual a 39,9, portanto dentro das faixa de obesidade I e obesidade II. O programa constituiu-se de sete sessões de intervenção e três etapas de avaliação, o pré-teste, pós-teste e seguimento. Foram utilizados vários instrumentos, tais como fichas de automonitoramento, entrevistas, Histórico da Obesidade e um instrumento para os sujeitos avaliarem o programa proposto. Os resultados mostraram que para perder peso torna-se necessário a participação de vários profissionais, como nutricionista e professor de educação física, além do psicólogo. Os sujeitos de maneira geral mantiveram os mesmos comportamentos alimentares antes e após a intervenção, não ocorrendo mudanças. Levantou-se a hipótese de que seja essencial que o sujeito idoso e obeso apresente necessidades imediatas e que seja um problema que o incomode atualmente para sua adesão ao programa. Conclui-se que o programa proposto mostrou-se ineficaz para perdas de peso significativas à nível estatístico. No entanto, o estudo mostrou-se válido na compreensão do comportamento alimentar do idoso obeso.

Silva, L.A. (2002). *Program of Modification of the Alimentary Behavior of the obese seniors*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. PGPC: PUC-Campinas, xvi + 196.

Abstract

The objective of this work was to evaluate the effectiveness of a Program of Modification of the Alimentary Behavior, besides of identifying and understanding the alimentary behavior of obese seniors. At the first phase of the current researches, sixty seven subjects, and eight subjects were selected for the sample who were sixty years old or older, literate and with Index of Body Mass (BM) more or equals to 30,0 and less or equals to 39,9, therefore according to the standards of obesity I and obesity II. The program was made up by seven intervention sessions and three evaluation stages, the pre-test, post-test and follow-up. Several instruments were used, such as automonitoring records, interviews, Historical of the Obesity and instrument for the subjects evaluate the proposed program. The results showed that to lose weight requires several professionals participation, such as a nutritionist and a physical education teacher, besides a psychologist. The subject in a general way maintained the same alimentary behaviors before and after the intervention, no changes were noticed. We got to the hypothesis that it is essential that the senior and obese subject presents immediate needs and that is something that bothers him/her nowadays for his/her adhesion to the program. We've got to the conclusion that the proposed program showed itself ineffective for significant weight losses to at statistical level. However, the study seemed valid in the understanding of the obese senior's alimentary behavior.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho destinou-se a investigar a eficácia de um Programa de Modificação do Comportamento Alimentar em indivíduos da terceira idade, que fossem obesos. Além de identificar e compreender o comportamento alimentar de pessoas idosas obesas.

A terceira idade corresponde a uma fase da vida que desencadeia diversas mudanças. Tais modificações atingem diversas áreas, dentre elas a corporal que podem ser exemplificada pelo embranquecimento dos cabelos, aparecimento de rugas, perdas de massa óssea e muscular, diminuição do equilíbrio, força e rapidez; a social que corresponde ao passar a morar sozinho, ou somente com o(a) companheiro(a) sem presença dos filhos, ou apenas com filhos; as perdas cognitivas, como lentidão no tempo de reação, dificuldades de processamento de informações e perdas da memória imediata; e por fim as mudanças na área emocional que podem afetar a auto-estima. É importante salientar que os indivíduos lidam de forma diferente com as perdas ocorridas na velhice (Neri & Cachioni, 1999).

Todas essas mudanças podem afetar a qualidade de vida das pessoas, em especial quando se tem a presença do excesso de peso, que submete o indivíduo às conseqüências secundárias da obesidade, tais como dificuldades de andar, realizar atividades cotidianas e estar submetido, muitas vezes, aos comentários depreciativos de amigos e de familiares.

De acordo com Freire (2000) estudos realizados sobre o envelhecimento enfatizam estratégias para chegar a velhice satisfatória, tais como engajar-se num estilo de vida saudável; participar de atividades educacionais relativas à saúde, as quais fortalecem os laços socioafetivos; e o cultivo de novos hábitos mentais e físicos.

Entende-se neste trabalho que o comportamento alimentar possui funções de nutrição, interação social e fonte de prazer às pessoas. Porém, os maus hábitos alimentares estão associados a complicações médicas, resultante do consumo inadequado de alguns alimentos,

tais como o alto consumo de açúcar, sal, frituras e de práticas incorretas exemplificadas pelo consumo de álcool em excesso, consumo de refeições pesadas a noite e vida sedentária.

Portanto, objetivou-se com esta pesquisa testar a eficácia de um programa de intervenção, o qual ofereceu estratégias e informações aos sujeitos, para que pudessem modificar os comportamentos alimentares tidos como inadequados. Além de possibilitar à pesquisadora conhecer melhor os comportamentos alimentares dos idosos obesos.

INTRODUÇÃO

TRANSTORNOS ALIMENTARES E MODELO PSICOLÓGICO DE SAÚDE

Todos os transtornos alimentares possuem uma certa similaridade, o que dificulta um diagnóstico preciso, pois basicamente correspondem ao desvio da percepção da própria imagem corporal e o medo do ganho de peso (Channon & Wardle, 1994).

O diagnóstico diferencial entre Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa consiste basicamente nos seguintes critérios: a Anorexia Nervosa é caracterizada pela perda de peso significativa, alteração no ciclo menstrual, distúrbio da imagem corporal e desejo contínuo de emagrecer; já a Bulimia Nervosa é caracterizada por compulsão (ataque alimentar) e comportamentos compensatórios inadequados, que ocorrem pelo menos duas vezes por semana num período de três meses. Caso aconteça o emagrecimento, não é tão grave e nem possui o distúrbio de imagem corporal tão intensificado como na Anorexia Nervosa (Cordás, Segal & Cardeal, 1998).

Fairburn (1995) relatou que os indivíduos que apresentam Bulimia Nervosa são naturalmente vulneráveis à obesidade, por entenderem que a prática seguida de regimes leva-os para a diminuição do peso, e conseqüentemente esses indivíduos entendem que ter um corpo magro representa um ganho social.

Cordás, Segal & Cardeal (1998) apontaram vários aspectos comuns entre as pessoas que apresentam Bulimia Nervosa e obesidade, entre eles: história de obesidade na infância, prevalência de parentes com obesidade, prevalência de transtornos depressivos e ansiosos, as alterações no apetite são semelhantes, distorção da imagem corporal, histórico de várias dietas. No entanto, não há dados científicos definitivos que comprovem a associação da Bulimia Nervosa e a obesidade.

A obesidade não foi incluída na seção de transtornos alimentares pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV - APA,1994) por não terem sido estabelecidas as associações necessárias entre sujeitos obesos e uma síndrome psicológica comportamental (APA, 1994).

Brownell (1995-a) considerou o Descontrole Alimentar Episódico (Binge eating) como um distúrbio alimentar, apesar de não estar incluído na seção de transtornos alimentares do DSM-IV (APA, 1994).

Fairburn (1995) fez uma distinção entre a Bulimia Nervosa e o Descontrole Alimentar Episódico (Binge eating). Os indivíduos que apresentam Bulimia Nervosa não são obesos por manterem um extremo controle do peso, fazendo o uso de laxantes e a indução de vômitos, mas apresentam os ataques alimentares. Já os indivíduos que apresentam Descontrole Alimentar Episódico (Binge eating) têm um índice de massa corporal dentro, ou acima, da faixa de sobrepeso e apresentam ataques alimentares, mas não fazem uso laxantes e nem induzem vômitos.

O Descontrole Alimentar Episódico (Binge eating) é caracterizado por episódios recorrentes de ataque à comida, entendendo "ataque" como consumo de grande quantidade de comida num curto espaço de tempo e pela perda de controle do sujeito, causando sofrimento para o mesmo (Allen & Craighead, 1999).

Miglioli (1998) advertiu que os profissionais que realizam tratamentos de obesidade devem atentar para heterogeneidade dos obesos, dirigindo atenção para o diagnóstico diferencial entre os obesos que apresentam descontrole Alimentar Episódico e os obesos que não apresentam o Descontrole Alimentar Episódico (Binge eating).

Há grupos de pessoas que apresentam ataques alimentares que podem ser classificados como problema alimentar e não distúrbio alimentar, por se tratar de ataques ocasionais, que envolvem uma rapidez no consumo do alimento, mas não envolve grande quantidade de

alimento. Esses ataques não interferem na qualidade de vida dessas pessoas. Por outro lado, há grupos de pessoas que apresentam ataques à comida, que interferem na qualidade de vida, sendo estes ataques alimentares mais frequentes e resultam em prejuízo à saúde. Nesse caso, essas pessoas são consideradas portadoras de distúrbio alimentar (Fairburn, 1995).

Nunes, Olinto, Barros & Camey (2001) levantaram a questão de que a auto-percepção do peso tem uma influência sobre o comportamento alimentar, por entender que a avaliação da imagem corporal tem diferentes componentes, desde a percepção corporal (sub ou superestimação do tamanho corporal) e o conceito do corpo (auto-estima corporal). Esse dado sugere que a percepção do peso corporal influencia diretamente no comportamento alimentar.

O crescente interesse por vincular a Psicologia aos problemas de saúde levaram Iñesta (1990) a propor um Modelo Psicológico de Saúde.

O Modelo Psicológico proposto por Iñesta (1990) pressupõe um conceito integrador de saúde, desde o bem-estar social e cultural e até a ausência de enfermidade biológica, ou a um estado de baixa propensão de contraí-la. Portanto, é um modelo de interface com as variáveis biológicas e sócio-culturais, onde as ações práticas do indivíduo podem afetar o estado de bem-estar ou de enfermidade.

O autor propôs uma representação esquemática do modelo, de um lado estão descritas as variáveis relacionadas aos processos biológicos, ou seja as condições do organismo (aspectos biológicos) que estão vinculadas as ações do indivíduo no meio sócio-cultural. Do outro do Modelo Psicológico de Saúde (Iñesta, 1990) apresenta-se as categorias referentes aos resultados ou conseqüências dos processos, onde as características funcionais do comportamento dos indivíduos resultam seus efeitos na produção ou prevenção de enfermidades.

Esse modelo não deve ser entendido como um esquema estático, pois os módulos e as categorias interagem, portanto as variáveis dos processos biológicos influenciam os resultados.

O processo psicológico compreende na interação das seguintes categorias: história interativa (história de competência e estilo interativo), competências situacionais e modulação biológica. Essas categorias (fatores) são variáveis psicológicas vinculadas à história de vida do indivíduo, suas capacidades efetivas de enfrentar situações e as formas de ação que se utiliza. Portanto, essas categorias (fatores) descrevem relações psicológicas que incidem, ou não, no aparecimento de enfermidades.

A história interativa corresponde à história psicológica e à história das interações desse indivíduo, ou seja, constitui-se numa probabilidade ou disposição para agir de determinada forma, numa dada situação, com base em suas interações anteriores.

Dentro da história interativa examina-se a história de competências e os estilos interativos.

A história de competências constitui-se na capacidade adquirida pelo indivíduo no passado, de agir efetivamente em determinadas situações. Ao passo que a história de competências determina os estilos interativos, pois os repertórios comportamentais adquiridos ao longo da vida são os responsáveis pela estilo habitual (estilo interativo), que responde às circunstâncias, sendo essas, similares às vividas no passado.

Os estilos interativos são tradicionalmente conhecidos como a personalidade do indivíduo. É um dos componentes funcionais da história individual, constitui-se na maneira habitual de agir, ou modos de ação, aprendidos pelo indivíduo para enfrentar determinada situação.

Conhecer o estilo interativo do indivíduo ajuda a identificar a forma como essa pessoa entra em contato com uma situação de risco.

As competências situacionais (competências situacionais efetivas substitutivas e não substitutivas) são as habilidades presentes no indivíduo de mudar, ou não, determinado comportamento. O fato de instrumentalizar (ensinar estratégias) para o indivíduo estar atuando de forma diferenciada, não é garantia para que o comportamento do indivíduo possa mudar.

A modulação biológica (modulação biológica pelas contingências) diz respeito às interações do indivíduo com as contingências, essas interações não têm apenas um aspecto psicológico, pois o comportamento depende da reação biológica, ou seja, o indivíduo atua numa situação junto a seu corpo, porque o indivíduo constitui-se num todo inseparável.

Os resultados compreendem a interação das seguintes categorias: vulnerabilidade biológica, condição biológica, comportamentos instrumentais preventivos e/ou de risco, e comportamentos associados à condição biológica. Essas categorias (fatores) estão relacionadas às categorias do processo psicológico.

Os resultados apresentam-se em dois níveis: o primeiro da vulnerabilidade biológica e o segundo nível dos comportamentos instrumentais preventivos e/ou de risco, que se convergem para determinar a probabilidade de se produzir enfermidades e comportamentos relativos as enfermidades.

Vulnerabilidade biológica é a interação de uma série de condições orgânicas que aumentam o risco do indivíduo desenvolver uma enfermidade. São algumas condições que aumentam a probabilidade para adoecer, tais como a falta e práticas inadequadas de higiene e de alimentação.

Condição biológica é a própria enfermidade instalada no organismo do indivíduo.

Comportamentos instrumentais preventivos e/ou de risco são ações do indivíduo que diretamente ou indiretamente, aumentam ou diminuem a probabilidade de se contrair uma enfermidade. Portanto, são respostas operantes preventivas ou de risco. Sendo respostas

preventivas não haverá possibilidade de desenvolver enfermidades, se forem respostas de risco haverá probabilidade de desenvolver enfermidades.

Há comportamentos instrumentais indiretos que não apresentam efeito imediato e específico sobre a saúde dos indivíduos, constituem-se em comportamentos mais difíceis de serem treinados, como por exemplo: as práticas inadequadas de alimentação, práticas inadequadas de exercício físico, consumo de álcool e de fumo.

Por outro lado há os comportamentos instrumentais que apresentam efeito imediato e específico sobre a saúde dos indivíduos, constituem-se em comportamentos mais fáceis de serem treinados, tais como os comportamentos de prevenção de acidentes de trabalho ou domésticos e de contato com agentes infecciosos.

Comportamentos associados à condição biológica podem ser correlacionados a uma enfermidade, ou serem comportamentos instrumentais preventivos, sem que exista uma patologia biológica.

Os comportamentos correlacionados à uma enfermidade estão relacionados à aderência, ou não, de tratamentos. O planejamento e a supervisão da aderência terapêutica do indivíduo constitui-se num fator essencial para o tratamento da enfermidade, caso contrário, os resultados são insuficientes, a exemplo o não seguimento das orientações e da realização dos exames pelo indivíduo.

O Modelo Psicológico de Saúde (Iñesta, 1990) defende que medidas preventivas de diferentes áreas, tais como social, médica e psicológica atuem na conservação e promoção da saúde, e por consequência, a eliminação de enfermidades.

A prevenção social necessita de condições físicas favoráveis, tais como saneamento básico, água potável, conservação do solo e cuidados com a produção de vegetais e animais. Juntamente com práticas culturais de grupos que promovam a saúde e previnam enfermidades

(higiene pessoal, higiene no preparo e consumo de alimentos, vivências relativas à prevenção de enfermidade aos comportamentos do cotidiano).

A prevenção médica primariamente dá-se pelas vacinações. Entretanto, essa forma de prevenção é restrita, pois não se conhece todos os microorganismos que afetam a saúde.

Por outro lado, uma forma de prevenção eficaz necessita disponibilizar de maneira permanente e acessível à população serviços de informações sobre doenças e serviços médicos, além de profissionais capacitados. No entanto, isso tudo condiz a um sistema de saúde de país desenvolvido.

Iñesta (1990) entendeu que para ter um sistema eficaz de saúde, especialmente na prevenção primária, era necessário trocar o modelo médico pelo modelo psicológico. O modelo médico reconhece saúde como um estado interno do organismo que resiste aos ataques nocivos externos e reconhece saúde como ausência de enfermidades. O Modelo Psicológico de Saúde está voltado para ações do cotidiano dentro da prevenção primária. Portanto, implica em: dotar o indivíduo de recursos práticos e necessários para diminuir fatores ambientais (condições físicas) que aumentam a vulnerabilidade biológica, ensinar comportamentos instrumentais preventivos para as patologias biológicas do tipo agudo ou crônico, e o contato com agentes patogênicos. O que significa treinar o indivíduo para o uso apropriado dos recursos do seu meio, capacitando-o para agir de forma que não afete negativamente seu sistema imunológico.

A partir dessa análise apresentada pelo Modelo Psicológico de Saúde aponta-se à necessidade de compreender as características físicas e comportamentais da obesidade.

OBESIDADE: CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E COMPORTAMENTAIS

Uma análise da história alimentar proposta por Brownell (1995-a) argumentava que na pré-história até o século XVII o peso possuía uma relação com a fertilidade feminina. Nos séculos XVIII e XIX a obesidade começou a ser entendida como um problema resultante da falta de exercícios e do excesso de ingestão de alimentos. Como solução para esse problema foram propostas dietas e a prática de atividades físicas. No século XX iniciaram-se estudos sistematizados sobre o controle da alimentação.

Pode-se entender por essa análise que a obesidade é resultante da influência dos valores sociais e do contexto cultural, visto que os padrões estéticos sofreram alterações com o passar do tempo.

De acordo com Wilson (1996) é fácil entender o porquê das mulheres serem o alvo do ideal cultural, por elas perceberem que o corpo representa um atrativo tanto pessoal quanto social. A importância dada ao peso e a forma são obstáculos para aceitação social, desencadeando uma auto-avaliação negativa por parte dos indivíduos que buscam o controle perfeito sobre a dieta e peso.

Atualmente utilizam-se de sistemas de classificação para determinar a obesidade de um indivíduo. O benefício de sistemas de classificação centraliza-se na possibilidade de poder organizar os grupos que requerem mais cuidados, e identificar os tratamentos mais adequados. Têm-se sistemas de classificação que utilizam como critério o peso do indivíduo; outro sistema baseia-se nos riscos de saúde do indivíduo e outros que são baseados em fatores comportamentais e psicológicos os quais requerem programas de intervenção mais estruturados (Brownell, 1995-b).

De acordo com Allison & Saunders (2000) a definição de obesidade é expressa pelo Índice de Massa Corporal ou Índice de Quételet que corresponde a fórmula $IMC = \text{Kg}/\text{m}^2$

De acordo com a Revista Panamericana de Salud Publica (2001) o Índice de Massa Corporal (IMC) é uma técnica simples e precisa, que é calculado pela divisão da massa corporal em quilogramas pela estatura em metros ao quadrado, sendo que o resultado deve ser classificado dentro das faixas apresentadas abaixo.

Baixo peso (peso inferior) $IMC < 18,5$

Normal $18,5 \leq IMC \leq 24,9$

Sobrepeso $25,0 \leq IMC \leq 29,9$

Obesidade I $30,0 \leq IMC \leq 34,9$

Obesidade II $35,0 \leq IMC \leq 39,9$

Obesidade III $IMC \geq 40,0$

Anjos (1992) mostrou que um único método universal de classificação de obesidade acarreta problemas, pelas diferenças corporais da população mundial. As limitações do IMC estão relacionadas a significância dada à estatura, onde a quantidade de massa está relacionada diretamente com a altura, podendo não diferenciar um indivíduo alto e desnutrido de um indivíduo normal.

O aumento da incidência de obesidade nos E.U.A., deve-se principalmente ao aumento do consumo de energia (calórias) em relação ao que se gasta no dia-a-dia (Rolls & Bell, 2000).

A diferença entre a prevalência de sobrepeso e a obesidade na população dos E.U.A. está na raça e etnia, limitando a discussão entre três grandes raças e segmentos étnicos da população americana, sendo americano-europeu, americano-africano e americano-mexicano. Sendo que os grupos de americano africano e o americano-mexicano de ambos os sexos têm a maior presença de sobrepeso e obesidade. Esses dados possibilitam a interpretação da relação

inversa de status sócio-econômico, principalmente entre as mulheres onde a diferença de grupos étnicos se dá pela diferença do peso corporal (Allison & Saunders, 2000).

De acordo com Kushner & Weinsier (2000) mais de 50% dos adultos nos E.U.A. são classificados como sobrepeso ou obeso, fator este que representa um problema crônico para os médicos, porque a obesidade está associada ao aumento de problemas para saúde, como doenças silênciosas (ex.: Hipertensão e Diabetes do tipo II) ou as várias reclamações que requerem cuidados médicos. Esses autores fornecem subsídios à prática de um processo que envolve os cuidados com pacientes com sobrepeso ou obeso. Descreve-se que o processo de avaliação necessita ser estruturado envolvendo o histórico da obesidade, exames físicos entre eles os exames de laboratório. O nível de motivação e o objetivo do paciente para mudar o comportamento devem ser levados em consideração.

Para esses mesmos autores os fatores que contribuem para o ganho de peso são o padrão alimentar, pouco ou leve nível de atividade física e variações inatas do metabolismo. Alguns fatores genéticos influem na alimentação, atividade física e na sensibilidade de ganho de peso, porém são raras as descrições de fatores internos da obesidade. A maioria dos estudos enfocam os estilos de vida e o ambiente social, por serem os fatores ambientais de maior acesso aos pesquisadores, tais como nível de calorias dos alimentos e o nível de atividade física. Entretanto, os distúrbios endócrinos afetam cerca de 1% dos casos, referindo-se aos pacientes que tem ganho de peso devido ao metabolismo lento.

Para Allison & Saunders (2000) ser obeso é freqüentemente fonte de sofrimento, infelicidade, além de complicações médicas. A maioria das pesquisas clínicas têm mostrado que o tratamento de redução de peso a curto prazo dão resultados mais positivos do que os a longo tempo. Porém, com os pacientes que apresentam risco de saúde tem-se verificado modesta redução de peso nos tratamentos a curto tempo. Os efeitos do tratamento de redução de peso têm sido avaliados sistematicamente, já que se sabe da influência benéfica da perda

de peso para longevidade do indivíduo. Sendo assim, estudos focados na prevenção do desenvolvimento da obesidade, têm sido prioridade, sendo enfatizada a necessidade de elaboração de métodos mais efetivos no tratamento da obesidade.

Esses autores destacaram que a auto-aceitação da imagem corporal e intolerância social em direção aos indivíduos obesos são problemas tão relevantes, quanto a questão da alimentação ou a prática de exercícios físicos.

Allison & Saunders (2000) destacaram que a variável auto-estima tem recebido atenção, por perceberem que as pessoas obesas, em sua maioria têm baixa auto-estima em relação as outras pessoas. Estudos sobre o impacto da obesidade nas várias áreas da vida, tais como profissional, educacional, marital mostram que a obesidade é associada a estupidez, preguiça, desonestidade e falta de ambição. Tais estudos demonstraram que, no trabalho o obeso sofre discriminação; nos colégios os obesos apresentam vontade reduzida para estudarem devido as experiências negativas vividas; e as mulheres obesas acreditam que o peso atrapalhe para se casarem. Essa aversão e desprezo pelo próprio corpo levam os indivíduos obesos a evitarem a ampliação de suas interações sociais, de forma que a auto-percepção das pessoas obesas tem sido afetadas negativamente.

A obesidade além de causar impacto-negativo na saúde diminui a qualidade de vida de muitas pessoas, pois sofrem discriminação social e angústia psicológica. A perda de peso inverte muitas desvantagens associadas a obesidade, tais como melhora do humor e os efeitos benéficos à saúde (Perri, Nezu & Veiegener, 1992).

Estudos realizados têm indicado que há na obesidade a prevalência significativa de complicações médicas, tais como Diabetes Mellitus, Hipertensão, doenças coronárias, doenças respiratórias, Câncer, Artrite e distribuição de gordura pelo corpo tem prevalência significativa na obesidade (Ramos, Rosa, Oliveira, Medina & Santos, 1993; Ramos, Toniolo, Cendoroglo, Garcia, Najas, Perracini, Paola, Santos, Bilton, Ebel, Macedo, Almada, Nasri,

Miranda, Gonçalves, Santos, Fraietta, Vivacqua, Alves & Tudisco, 1998; Najas, Andrezza, Souza, Sachts, Guedes, Sampaio, Ramos & Tudisco, 1994; Gigante, 1997 ; Kushner & Weinsier, 2000).

Wadden & Foster (2000) relataram dificuldades de saúde relacionadas ao excesso de peso. O aumento do sedentarismo e o consumo alto de gordura e açúcar, juntamente com a diminuição da atividade física é provavelmente o grande culpado pelo declínio do consumo de energia. Outras mudanças, tais como a utilização de máquina e informática para produção do trabalho, várias horas em frente à televisão, os jogos de vídeo-game, sendo que muitas dessas atividades são combinadas com comida. Além, dos restaurantes industriais que servem porções gostosas, de preparo rápido e com alto valor calórico.

Segundo Sunyer (1995) a Hipertensão não apresenta uma relação clara de causa com a obesidade, porém estudos mostram que um período longo de obesidade corresponde a um fator de risco no desenvolvimento da Hipertensão. As doenças coronárias são frequentes em pessoas obesas, sendo a elevação do triglicerídeos um fator de risco. As complicações no sistema respiratório, tais como Apnéia, que se apresenta em ciclos repetidos durante o sono, se dão pela persistência da obesidade durante um longo tempo. Por outro lado, a Apnéia central correspondente a interrupção dos sinais iniciais da respiração e a Apnéia periférica é manifestada pela obstrução das áreas respiratórias devido o excesso de gordura. Também a Artrite está diretamente ligada aos indivíduos obesos.

Entende-se que com o avançar da idade o indivíduo apresente um maior desgaste físico, o que pode ser agravado pela presença da obesidade, devido as complicações médicas relacionadas ao excesso de peso.

TERCEIRA IDADE E A OBESIDADE

Nas últimas décadas, com os avanços da medicina e tecnologia levaram à um aumento na expectativa de vida (Cendes, 2001). Berquó (1999) num estudo da evolução demográfica da população brasileira destacou que entre 1940 e 1960, houve um ganho na esperança de vida de 10 anos. Entre 1960 e 1991 registrou-se um ganho na esperança de vida na ordem de 14 anos.

Especialmente no Brasil, o envelhecimento tem sido acelerado desde a década de 60, com a diminuição da natalidade, decorrente da urbanização e juntamente com as dificuldades econômicas. O declínio da fecundidade não é sinônimo de acesso a um serviço de saúde adequado e nem um planejamento familiar (Chaimowicz, 1997; Neri, 2001-a).

França & Soares (1997) acrescentaram que o envelhecimento no Brasil constitui-se num desafio, pois a qualidade de vida brasileira não evoluiu de forma compatível com as populações européias.

Durante muito tempo o envelhecimento foi estudado somente no aspecto biológico, o que resultou de forma não proposital, numa postura de que a velhice está associada ao fim da vida. A partir do século XX, o envelhecimento passou a ser estudado nos aspectos sociais, psicológicos e biológicos, essa mudança de postura possibilitou entender transformações corporais, comportamentais, valores, papéis sociais e crenças, envolvidas no processo de envelhecimento (Netto, 1997).

Não há uma unanimidade para o conceito de velhice, mas é consensual de que a velhice não pode ser entendida como acúmulo de doenças, pois é uma fase da vida que pode ou não apresentar doenças. Por convenções sociodemográficas atuais, idosos são pessoas de mais de 60 anos nos países em desenvolvimento, e de mais de 65 anos no países

desenvolvidos. No entanto, outros fatores influem nessa classificação, como gênero, classe social, saúde, educação, personalidade, história pessoal e contexto sócio-cultural (Neri, 2001-b).

Debert (1999) apresentou uma tendência de novos recortes em estágios de envelhecimento, com base na idade e no nível de independência funcional do idoso. Sendo esses recortes: jovens idosos (65 a 75 anos); idosos-idosos (acima de 75 anos) ou poderia ser idosos mais idosos (acima de 85 anos).

No enfoque biológico, envelhecer não é apenas ficar velho é um processo de alterações morfológicas e funcionais do organismo (Neto, 2001). Com o envelhecimento há alterações nos órgãos de digestão, tais como diminuição da capacidade absorção alimentar, atrofia das glândulas salivares, diminuição do paladar, e fermentação intestinal decorrente da digestão incompleta das gorduras, em virtude da função excretora do pâncreas e da secreção biliar (Santos, Hiramatsu & Duarte, 1996).

Ao entendermos que envelhecimento compreende transformações do organismo, que ocorrem após a maturação sexual e implicam na diminuição gradual da sobrevivência. Tem-se que o desenvolvimento e o envelhecimento não são processos opostos, mas ambos coexistem ao longo da vida. Compreende-se que o desenvolvimento como um processo, onde um sistema vivo se comporta com seqüência, ritmo e duração. As mudanças que ocorrem no organismo são progressivas e resultantes de determinantes biológicos e ambientais (Neri, 2001-c).

Principalmente, em sociedades capitalistas a relação da idade cronológica e capacidade de funcionamento estão fortemente ligados a decadência e incapacidade de trabalho. Ao indivíduo é atribuído o papel social de improdutivo e de velho, quando se recebe o direito à aposentadoria (Peixoto, 1997). Corroborando com França & Soares (1997) que destacaram

como aspecto social do envelhecimento a marginalização do idoso, como aquele que não produz mais, quando recebe a aposentadoria.

Neri (2001-d) destacou um número crescente de pesquisas sobre a qualidade de vida na velhice, especialmente no âmbito da intervenção que buscam identificar e promover condições que permitam uma velhice longa e saudável. A autora em seus estudos apontou que a qualidade de vida possui várias faces, com características biológicas, sociais e psicológicas das relações atuais, passadas e as futuras do indivíduo, dentro de um ambiente físico e social. Entende-se que a qualidade de vida na velhice possui condições subjetivas que estão diretamente relacionadas a avaliação das percepções, expectativas, sentimentos e valores de cada indivíduo.

Neri (2001-c) apresentou em seus estudos que há duas formas de entender o conceito de idade psicológica, dentro do envelhecimento. Uma forma está relacionada a idade cronológica (tempo de existência) e as capacidades de funcionamento do indivíduo em seu meio; a outra forma tem um senso subjetivo da avaliação que o próprio indivíduo tem de si em relação às outras pessoas.

Beres (1999) levantou hipóteses sobre os aspectos psicológico, neurológico e social que determinam o envelhecimento. Do ponto de vista psicológico ocorre quando a auto-estima é abalada e há condições de perdas afetivas. Do ponto de vista neurológico o envelhecimento ocorre quando as capacidades cognitivas estão afetadas. Do ponto de vista social o envelhecimento se dá pelo isolamento, ausência de contatos interpessoais e ambientes sociais desumanos.

De acordo com Netto (1997) ao longo da existência acumulam-se aprendizagens, as quais são interpretadas de formas diferentes por cada pessoa. Na perspectiva psicológica o envelhecimento se dá na forma como vivemos, ou seja o envelhecer depende de como cada indivíduo se adapta e enfrenta as situações apresentada em sua vida. Confirmando com França

& Soares (1997) que explicaram, no aspecto psicológico, que de forma geral as características da personalidade se mantêm durante a velhice.

O bem-estar psicológico na velhice está relacionado com a auto-aceitação do indivíduo de suas características boas e más, da manutenção de relações satisfatórias com outras pessoas, autonomia no modo de pensar e agir, estabelecimento de um propósito na vida e que as atividades tragam senso de realização de sua própria capacidade (Freire, 2000).

Vieira (1999) aponta que apesar de alguns segmentos da sociedade encararem a velhice como decadência, doença e um peso social, observa-se um movimento discreto por parte de alguns segmentos sociais para rever os mitos dessa fase da vida. A imagem do idoso nos meios de comunicação tem ocupado um espaço maior. Vê-se cada vez mais, a presença de pessoas idosas em propagandas e programas de televisão. As agências de turismo vêem nessa população um campo de investimento, pela disponibilidade de tempo e de recursos econômicos.

Há um crescente investimento em atividades destinadas aos idosos tem-se bailes e universidades da terceira idade, e o aumento de publicações especializadas, tais como jornais e revistas sobre a terceira idade.

A denominação *terceira idade* é francesa, e usada para um modelo de escola aberta destinada aos adultos maduros. A França e os Estados Unidos foram os pioneiros na criação de oportunidades educacionais para os idosos. Essas instituições tem oferecido oportunidades de enriquecimento cognitivo, integração e reconhecimento social para os idosos (Cachioni, 1999).

A expressão terceira idade, popularizou-se com muita rapidez no vocabulário brasileiro, e não é dirigida à uma idade cronológica, mas trata-se de uma forma de chamar as pessoas de mais idade (Debert, 1999).

Neri & Cachioni (1999) apresentaram um breve resumo das iniciativas educacionais voltadas para os idosos no Brasil. Nos anos 60, pioneiramente, o Sesc (Serviço Social do Comércio) com a promoção de programas de lazer e convivência para os idosos. Nos anos 70, o próprio Sesc organiza os primeiros movimentos e as escolas abertas à terceira idade. Essas oportunidades educacionais constituem-se em ganhos para intensificar contatos sociais, trocas de experiências e de conhecimento entre os idosos.

Com as transformações na pirâmide etária da população brasileira, o envelhecimento constitui-se num desafio para governantes e a sociedade, por entender que a velhice é mais uma fase da vida, a qual precisa ser vivida com intensidade e qualidade (Berquó, 1999).

Do ponto de vista psíquico, afetivo e emocional, as informações das quais dispõe uma pessoa, que envelhece, só são úteis se o meio social considerá-las interessantes. Portanto, as pessoas de mais idade ao compartilharem suas memórias com outros, sentem-se atuantes na vida, e afirmam sua própria identidade dentro do grupo social (Simson & Giglio, 2001).

Dificuldades adicionais inerentes à própria condição do idoso provocam mudanças nos hábitos alimentares, tais como perdas sensoriais e motoras. Essas perdas podem ser resultantes de acidentes domésticos e de dificuldades de locomoção, que podem dificultar na aquisição e preparo dos alimentos. Há aquelas pessoas idosas que demonstram grande prazer em preparar refeições para seus filhos e netos, mas quando a possibilidade de reunir a família para refeições fica dificultada, a pessoa idosa pode manifestar desinteresse pelo preparo da sua própria alimentação.

Allison & Saunders (2000) afirmaram que quase três quartos dos homens de 60 a 69 anos nos E.U.A. estão com Índice de Massa Corporal (IMC) acima dos 25, portanto, estão na faixa de sobrepeso ou obesidade.

Segundo Schmitz & Jeffery (2000) os principais culpados da atual epidemia da obesidade são a diminuição do consumo de energia, demonstrados pela diminuição da

atividade física e o aumento do sedentarismo. O aumento do consumo de gordura e energia, pode ser visualizado pelo aumento de oferta de alimentos nos supermercados e oferta de alimentos saborosos e de preparo rápido.

Os idosos consomem alimentos industrializados e de fácil acesso, tais como bolos, bolachas e massas que são ricos em gorduras e açúcares, os quais deveriam ser evitados. A escolha desses alimentos pode-se dar na tentativa de evitar dores na mastigação, as quais são causadas pelos alimentos mais duros, tais como carnes e verduras cruas, pois muitos idosos fazem uso de prótese dentária (Aida, 1983).

O uso de prótese dentária diminui a sensibilidade do paladar, o que leva os idosos buscarem alimentos mais condimentados, os quais são prejudiciais à saúde (Santos, Hiramatsu & Duarte, 1996).

Entende-se que a atividade de triturar os alimentos não pode ser readquirida em sua totalidade pelos idosos que fazem uso de prótese dentária, mas pode-se construir alternativas de alimentação sem perder qualidade e prazer nas refeições. Alternativas propostas à alimentação dos idosos são de consumir carne moída, cozinhar os legumes, ralar alguns legumes crus, cortar os alimentos em pedaços menores e possibilitar a ação da saliva na digestão ao deixar que o alimento fique por mais tempo na boca.

A experiência de Kaufman (1998) exemplificada abaixo mostra que indivíduos obesos têm seu comportamento mantido por reforçamento imediato, e possuem dificuldade para adiar o prazer.

“Por exemplo você vai pensar assim: se comer o quindim vou ficar satisfeita agora de imediato. Porém, se não comer o quindim (e me privar de uma série de coisas), daqui alguns meses vou estar magra. Ou fico contente já, tendo e comendo o que eu quero, ou daqui a não sei quanto tempo, me privando de uma série de coisas. Sendo que o ‘contente agora’ é garantido, e o ‘contente daqui a um certo tempo’ não é garantido.” (Kaufman. 1998, p.22).

Para Azjem (1999) o objetivo inicial do tratamento com os pacientes idosos está em alterar a crença de que estão velhos demais para mudar.

Portanto, intervenções para o tratamento da obesidade em idosos devem oferecer alternativas de mudança do estilo de vida, tais como formas mais saudáveis de preparar alimentos, exercícios compatíveis com a capacidade física de cada indivíduo.

TRATAMENTO PARA OBESIDADE

A descrição de um histórico das mudanças do conceito de obesidade foi apresentado por Brownell & O'Neil (1999), nos anos 50 a obesidade era considerada um problema psicológico, cujos conflitos estavam representados na alimentação excessiva, devido forte influência dos conceitos freudianos. Nos anos 60, com os terapeutas comportamentais, a obesidade passa a ser entendida como resultado de hábitos alimentares mal-adaptados. Nos anos 80, valoriza-se a genética e a relação de gasto de energia com ganho de peso. Nos anos 90 reconhece-se que são vários fatores que contribuem para obesidade.

Atualmente, a obesidade é uma doença multifatorial e complexa que apresenta interações entre o genótipo e o ambiente, envolvendo fatores sociais, comportamentais, culturais, fisiológicos, metabólicos e genéticos (Revista Panamericana de Salud Publica, 2001).

As diretrizes gerais da Saúde Pública indicam à prática de exercícios físicos juntamente com a mudança de dieta, sendo eficazes a curto tempo na perda de peso (Fuller, Perri, Leermakers & Guyer, 1998; Jakicic, Winters, Lang & Wing, 1999; Wadden & Foster, 2000).

Os programas de prevenção e tratamento de Saúde Pública que utilizam meios de comunicação pretendem aumentar os conhecimentos sobre os hábitos saudáveis, especificamente, focalizando à prevenção de ganho de peso (Schmitz & Jeffery, 2000).

Tate, Wing e Winett (2001) efetuaram uma comparação entre a utilização de um programa via internet para perda de peso, com um programa educacional de base comportamental. A pesquisa foi realizada com 99 sujeitos, com idade variando de 18 a 60 anos, sendo IMC entre 25 – 36, com duração de 24 semanas, com sujeitos que apresentavam

histórico de doenças, tais como Infarto, Derrame, Câncer, Diabetes, problemas de articulação ou ortopédicos. Observou-se que não houve diferenças significativas na perda de peso entre os sujeitos dos dois programas propostos. Os autores salientavam a importância de se ter componentes comportamentais estruturados em programas de redução de peso.

A obesidade pode ser classificada em tipos ou subtipos, utilizando-se o Índice de Massa Corporal (IMC), de forma que a obesidade leve corresponde ao IMC entre 25 e 29,9, recomenda-se tratamento com intervenções comportamentais. A obesidade moderada corresponde ao IMC entre 30 e 40 recomenda-se tratamento com intervenção comportamental e medicamentosa. A obesidade severa com IMC acima de 40 indica-se cirurgia. Sabe-se também que a obesidade pode estar associada a doenças, sendo que a distribuição de gordura pelo corpo serve de indicador, onde o indivíduo com gordura armazenada na parte superior do corpo tem maior risco para doenças coronárias e Diabetes do tipo II (Perri, Nezu & Viegner, 1992).

Pode-se considerar que a obesidade tem complicações médicas significativas, o que proporciona que os tratamentos de obesidade sejam focados na questão médica e os fatores psicológicos e sociais são deixados de lado. Por causa dos riscos de saúde há tratamentos que exigem uma dieta de baixas calorias, porém os resultados desses tratamentos só poderão ser mantidos se os fatores psicológicos e sociais forem bem trabalhados. Outra limitação do tratamento de obesidade é quando o sujeito obeso compreende que o tratamento, apenas serve para perda de peso, assim o indivíduo obeso entende que quanto maior o peso a ser perdido maior é o seu risco de vida (Brownell, 1995-b).

A literatura apresenta que perdas pequenas entre 5% a 10% são suficientes para melhorar as complicações médicas. Portanto, um dos objetivos do tratamento comportamental é auxiliar os obesos a aceitarem perdas mais modestas de peso (Wadden & Foster, 2000). Corroborando com os dados obtidos por Kushner & Weinsier (2000) que discutiram como

ponto de partida para o tratamento a objetivação do peso real, evitando expectativas indevidas.

Muitos indivíduos obesos possuem a idéia do tratamento, como um processo rápido, confundindo regime com dieta. O regime é aquilo que se faz para perder peso rapidamente, enquanto que a dieta consiste numa forma saudável de viver, portanto, envolve uma mudança de hábitos alimentares. As pessoas que querem emagrecer precisam ter claro o que querem e o que não querem em sua escolha alimentar (Kaufman, 1998).

Segundo Wilson (1996) os psicoterapeutas têm auxiliado seus pacientes a analisarem sua história de peso em relação as dietas rígida utilizadas, que na sua maioria se mostram ineficazes, e também a analisarem as estratégias de controle de peso.

Tate, Wing & Winett (2001) identificaram como fatores que facilitam a obesidade e a alimentação por razões diferentes das de fome, tais como stress, pressão social e tédio.

Wadden & Foster (2000) apontaram que os cuidados básicos no tratamento da obesidade incluem a avaliação da conduta, a conversa empática sobre controle e as expectativas de peso, a discussão dos riscos e dos benefícios. Kushner & Weinsier (2000) acrescentaram para o tratamento, o levantamento do histórico da obesidade no indivíduo, desde a descrição dos eventos que contribuíram para o ganho de peso, como a pessoa percebe que o excesso de peso afeta a sua saúde, expectativas sobre programas de perda de peso, dieta, atividade física, envolvimento social no trabalho e na família, medicações, história psicológica e psiquiátrica.

No estudo de autocontrole realizado por Kerbaudy (1973) com 15 participantes com a aplicação de várias técnicas de autocontrole, a autora demonstrou a eficácia desse procedimento. É importante ressaltar que o número elevado de sessões possibilitou o acompanhamento dos participantes durante longo tempo.

Em outro estudo similar de redução de peso realizado por Heller & Kerbauy (2000), com oito participantes ao longo de duas etapas de 24 e 15 sessões, respectivamente, apresentou resultados positivos na modificação do comportamento alimentar em relação ao horário, local, velocidade de mastigação e o balanceamento nutricional.

Os tratamentos comportamentais a longo prazo são mais eficientes na manutenção da perda de peso, devido o suporte motivacional para práticas das habilidades de controle, tais como automonitoramento, exercícios, dieta e acompanhamento dos valores do peso corporal. Entretanto, as maiores perdas de peso se dão nas primeiras semanas de tratamento. As técnicas que se mostram mais eficazes para a manutenção do peso são o controle de estímulos, incentivo aos hábitos alimentares saudáveis, participação em atividades físicas e a não restrição aos alimentos (Wadden & Foster, 2000).

O tratamento comportamental oferece basicamente quatro estratégias: automonitoramento, controle de estímulos, modificação na topografia do comer, e reforço de mudanças comportamentais adequadas. Estratégias adicionais são administração da ansiedade, solução de problema, apoio social, atividade física, alimentação adequada e reestruturação cognitiva (Perri, Nezu & Viegner, 1992; Revista Panamericana de Salud Publica, 2001).

Perri, Nezu & Viegner (1992) descreveram que o automonitoramento possibilita uma avaliação e registro do consumo alimentar, atividade física e registro do peso. Brownell & O'Neil (1999) acrescentam que a automonitoria é um meio de rastrear o sucesso e identificar áreas problemáticas.

Um espécie de autocontrole que pode ser descrito é a remoção de estímulos discriminativos, como se evitassemos "a tentação", por exemplo quando colocamos uma porção de doces fora das vistas, afim de evitar o comer demasiado (Skinner, 1994).

Pierri, Nezu & Viegner (1992) apresentaram que o controle de estímulos é utilizado em circunstâncias de alimentação, onde se fixa limites específicos de antecedentes (estímulos que eliciam o comer). Geralmente, corresponde a restrição de lugares, como cozinha e restaurantes; planejamento do tempo, determinando quais horários para se salimentar.

Esses autores descreveram que a modificação da topografia de comer incluem forma de gerar um senso de controle sob o ato de comer, tais como a diminuição da velocidade de comer, permitindo que o organismo sinalize saciedade; deixar os talheres sobre a mesa, enquanto mastiga os alimentos; dar pausas durante as refeições; não ter atividades paralelas, enquanto come; utilizar pratos menores de forma que as porções não se apresentem escassas. O reforço positivo é empregado no programa para controle de mudanças, como depositar dinheiro, o qual só será devolvido de forma específica, sob a conquista da perda de peso ou sucesso de alguma estratégia do programa; o apoio social de cônjuge; exercícios de relaxamento para diminuir a tensão de dizer "não" à comida. É importante a incorporação da atividade física na rotina de vida. A reestruturação cognitiva ensina identificar pensamentos negativos e contra-argumentá-los, para manter o estado motivacional positivo nas mudanças comportamentais construtivas.

Segundo Wilson (1996) as pesquisas empíricas da psicoterapia cognitiva comportamental têm focalizado a aceitação dos pacientes com distúrbios alimentares. Em contraste, tem-se poucas pesquisas que atentem para a aceitação do paciente ao tratamento da obesidade, sendo que a auto-aceitação, talvez seja, uma mudança mais importante do que a própria alimentação saudável e a prática de exercícios físicos.

Este autor apontou que a aceitação é um processo dinâmico que envolve fatores cognitivos, emocionais e comportamentais, constituindo-se num processo de auto-afirmação, compreendendo que a chave do tratamento do distúrbio alimentar e da obesidade está na aceitação do distúrbio, como ocorre no tratamento dos Alcoólicos Anônimos (A.A.). Pois,

para alguns pacientes a aceitação do peso real é diferente do peso ideal, como por exemplo um senhor de idade avançada querer ter o peso da época do seu colégio.

Esse mesmo autor também apresentou as estratégias que facilitam a mudança comportamental e cognitiva, tais como a educação focalizada na eliminação de dietas restritivas, a relação terapêutica tendo uma criteriosa combinação de empatia, firmeza e a reestruturação cognitiva.

O processo de terapia cognitiva busca identificar os pensamentos, sentimentos e sensações do paciente. A partir da identificação das crenças, o paciente é orientado a testar sua crença na realidade para comprová-la, de forma que possa perceber que os fracassos podem ser originados do mundo externo, assim não precisa assumir toda a culpa, quando ocorrem fracassos (Azjem, 1999).

Para Wadden & Foster (2000) a reestruturação cognitiva auxilia o paciente a identificar seus pensamentos irracionais, os quais são responsáveis pelo enfraquecimento do esforço para o controle de peso; identificar as situações de recaída; reavaliação do real esforço destinado ao objetivo; auxílio no estabelecimento de um limite das expectativas de perda de peso dentro da imagem corporal real.

De acordo com a Revista Panamericana de Salud Publica (2001) a cirurgia corresponde uma estratégia de tratamento indicada para obesidade severa com IMC maior que 40, ou para IMC igual ou maior que 35, mas com comorbidades graves. Após a cirurgia esses pacientes devem ser monitorados para ajustes no estilo de vida e pelas complicações da cirurgia.

Em um estudo realizado com obesos que apresentavam ataque alimentar e com obesos sem ataque alimentar estabeleceu-se que existem focos centrais no tratamento da obesidade, tais como o automonitoramento e o controle de estímulos. As sessões devem proporcionar

informações nutricionais, mudança de hábitos alimentares e inclusão de atividade física (Nauta, Hospers, Kok & Jansen, 2000).

Esses dados apresentados corroboram com Berino (1998) que descreveu como função dos programas de controle de peso, o encorajamento à mudança de estilo de vida, prática de caminhadas, automonitoramento e o auxílio de familiares.

Wadden & Foster (2000) apresentaram princípios e técnicas destinadas aos indivíduos que apresentavam sobrepeso e aos seus hábitos mal-adaptados de alimentação, tais como examinar os fatores que ajudavam e os fatores que impediam a realização do objetivo; aquisição de habilidades ou remoção dos impedimentos para implementação de novo comportamento alimentar; aproximações sucessivas para as pequenas mudanças; automonitoramento, nutrição, controle de estímulos, alimentação lenta, exercício físico e reestruturação cognitiva.

A terapia em grupo tem oferecido aos participantes um sentido de coesão, pois todos os membros têm um objetivo em comum, proporciona-se nos encontros que uma pessoa possa aprender e trocar formas de enfrentamento de problemas com os outros membros do grupo (Courchaine & Dowd, 1995).

Tradicionalmente os tratamentos comportamentais para obesidade são conduzidos em grupo, com introdução de informações sobre perda de peso e o ensino da aquisição de habilidades, seguindo um modelo extenso e independente do progresso individual (Tate, Wing & Winett, 2001).

Os problemas significativos dos tratamentos comportamentais estão no número limitado de locais que oferecem tratamento para obesidade, além do que os tratamentos longos se tornam cansativos para os sujeitos, logo após os seis meses de duração (Wadden & Foster, 2000).

As estratégias para manutenção do peso estão em manter a dieta, terapia comportamental e atividade física. Uma dieta de baixas calórias deve conter os alimentos preferidos, usualmente essa dieta deve conter pouca gordura, muita água, carboidratos, fibras, frutas, vegetais e produtos com baixas calorias. A motivação para continuar o monitoramento por longo tempo, tem-se dado através de visitas clínicas, encontros grupais, ou por telefone ou por e-mail. Esses cuidados com os hábitos alimentares e a atividade física são importantes para manutenção do peso e prevenção do ganho de peso (Rolls & Bell, 2000).

Os profissionais de saúde não estão adequadamente preparados para lidar com a obesidade e os problemas relacionados ao peso. Allison & Sauders (2000) e Wadden & Foster (2000) relataram atitudes negativas dos profissionais de saúde, tais como a diminuição dos cuidados de saúde com os obesos, por desconhecer a importância de uma visão preventiva de doenças ao lidar/cuidar de indivíduos obesos.

Os profissionais devem aprender habilidades para desenvolverem ações especiais nos cuidados com a obesidade, desde a avaliação inicial, histórico da obesidade e exames físicos.

Propõe-se que as pesquisas aprofundem suas investigações na busca de intervenções mais potentes para identificar as mudanças comportamentais fundamentais no tratamento da obesidade (Wilson, 1996).

Dado a importância desse tema, a fim de proporcionar maiores conhecimentos sobre a obesidade na terceira idade propõem-se como objetivos:

Objetivo geral:

- Avaliar um programa de modificação do comportamento alimentar de indivíduos idosos obesos.

Objetivos específicos:

- Análise de características específicas de uma população de idosos;
- Identificar os hábitos alimentares de idosos obesos;
- Verificar a existência de problemas de saúde relacionados ao excesso de peso;
- Verificar a existência de problemas sociais relacionados ao excesso de peso;
- Testar um programa de intervenção para modificação dos comportamentos alimentares;

MÉTODO

Sujeitos

Na fase A da presente pesquisa teve como população 67 sujeitos que participavam pela primeira vez de uma Instituição que possuía atividades destinadas à terceira idade. Todos esses sujeitos receberam o Consentimento Informado (Anexo I), preencheram a Ficha de Identificação (Anexo II), foram pesados e medidos sua altura.

Na fase B a composição da amostra de oito sujeitos deu-se dentre os sujeitos da fase A deste estudo, tendo como critério de inclusão sujeitos que apresentavam Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 30 e menor ou igual a 39,9 (dentro da faixa de obesidade I e obesidade II), que fossem alfabetizados e que informassem interesse em participar do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar.

Os critérios de exclusão, se deram para os sujeitos que não eram alfabetizados, apresentavam obesidade mórbida, informavam desinteresse em participar do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar e os sujeitos que relataram não estar realizando freqüentemente acompanhamento médico, mas apresentavam doenças, tais como Diabetes, Hipertensão Arterial, Doenças Coronárias, Doenças Respiratórias, Câncer e Artrite.

Os fatores sócio-econômicos, estado civil, religião, raça e cor não foram considerados como critério de inclusão e exclusão neste estudo.

Material

Foi fornecido aos sujeitos da população (n=67) pesquisada um informe intitulado “Consentimento Informado” (Anexo I), contendo a aceitação do sujeito para participação na

pesquisa, aspectos relativos ao sigilo das informações, da identificação pessoal e da disponibilidades dos dados da pesquisa.

Os materiais utilizados para a coleta de dados são descritos a seguir:

a) Ficha de Identificação (Anexo II)

Esta ficha continha questões referentes aos dados pessoais dos sujeitos, tais como idade, estado civil, sexo, profissão, atividade atual e escolaridade; questões sobre doenças que o sujeito apresente, tais como Diabetes, Hipertensão Arterial, Doenças Coronárias, Doenças Respiratórias, Câncer, Artrite e se estava sob cuidados médicos freqüentes; interesse em participar do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar.

b) Ficha de Peso e Altura (Anexo III)

Essa ficha registrava o peso e a altura que o sujeito acreditava apresentar (antes da medição) e registrava, posteriormente a medição do peso e da altura de acordo com a balança altimétrica.

c) Balança altimétrica

Para medir o peso e a altura dos sujeitos da população estudada foi utilizada uma balança “Filizzola”.

d) Consentimento Informado do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar (Anexo IV)

Esta ficha foi elaborada para obter o consentimento dos sujeitos da amostra deste estudo, contendo informações sobre a participação de atividades e tarefas durante o Programa

de Modificação do Comportamento Alimentar. Esclarecimento sobre os objetivos do estudo, garantia do anonimato e sigilo dos dados obtidos durante a pesquisa.

e) Roteiro de Entrevista I (Anexo V)

Este instrumento foi elaborado com o objetivo de obter dados relativos aos hábitos alimentares da amostra, problemas de saúde relacionados ao excesso de peso, problemas sociais relacionados ao excesso de peso, dietas, prática de atividade desportiva e o uso de medicação. Sendo que foi aplicado no pré-teste.

f) Roteiro de Entrevista II (Anexo VIII)

Este instrumento constituiu-se numa forma simplificada do Roteiro de Entrevista I, o qual foi aplicado no pós-teste e seguimento. Sendo que foi elaborado com o objetivo de obter dados relativos aos hábitos alimentares e a prática de atividade desportiva, pelos sujeitos da amostra.

g) Mini-gravador M-430 e fitas microcassetes MC- 60

Para o registro dos dados durante a entrevista utilizou-se o recurso da gravação em fitas cassete.

h) Histórico da Obesidade (Anexo VI)

Foi um instrumento traduzido por Miglioli, F. A., sendo que o original intitulado “Concern Over Weight and Dieting Scale (COWD)” de autoria de Kagan & Squires (1987). O instrumento era constituído por 14 questões que investigavam a preocupação com o peso e dietas dos sujeitos.

i) Questões do Histórico da Obesidade (Anexo XIV)

O instrumento era constituído por 8 questões e investigava a preocupação com o peso. Foi criado com base nas questões do Histórico da Obesidade, de uma maneira simplificada para ser aplicado no pós-teste e seguimento.

j) Ficha de Automonitoramento (Anexo VII)

Essa ficha foi fornecida aos sujeitos da amostra, desde da 1ª sessão da fase B, para registrarem horário da alimentação, quais e a quantidade dos alimentos ingeridos; o que faziam e os sentimentos envolvidos antes e depois da alimentação; e observações que o sujeito desejasse fazer.

k) Roteiro do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar

O roteiro descrito nos procedimentos era constituído por sete sessões semanais, com duração de noventa minutos. O sujeito era pesado e medido no início, durante e ao final do programa de intervenção.

As sessões foram estruturadas seguindo o seguinte padrão:

- (a) análise das fichas de Automonitoramento preenchidas pelo sujeito;
- (b) relato do sujeito sobre as modificações adquiridas em seu hábito alimentar, expondo as facilidades e dificuldades de inserir as estratégias propostas, conforme essas eram apresentadas no programa;
- (c) discussões e atividades grupais com intuito de buscarem soluções alternativas para dificuldades encontradas pelos participantes;
- (d) proposta de tarefas para casa;
- (e) lanche modelo.

j) Ficha de Peso Semanal (Anexo VIII)

Essa ficha foi utilizada no início de cada sessão semanal do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar, tendo como função acompanhar o ganho ou perda de peso dos sujeitos. Após o registro do peso o sujeito recebia uma figura. Em caso de perda de peso corporal o sujeito recebia uma figura de rosto sorridente. Caso o sujeito ganhasse peso corporal recebia uma figura de um rosto triste.

Figura da perda de peso corporal:

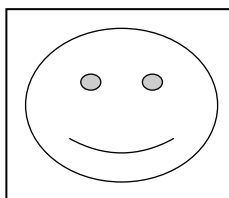
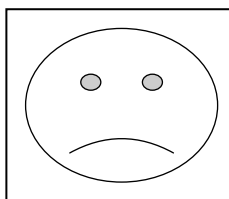


Figura do ganho de peso corporal:



l) Guia de Lanche Modelo (Anexo IX)

Este guia propôs a apresentação de receitas simples, com o número reduzido de calorias para os sujeitos que participassem do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar, a partir da 2ª sessão. Eram receitas retiradas das revistas “Pense Leve” que seguiam o programa dos Vigilantes do Peso.

As receitas eram preparadas pela pesquisadora e oferecidas aos sujeitos durante a intervenção, desde de bolo de fubá, maçã cozida, omelete de pimentão e cebola, pudim de leite, pão de limão e fusili primavera.

Todos os lanches modelo eram acompanhados de sucos de limão; suco de acerola; suco de caju que eram adoçados com adoçantes. As receitas utilizadas foram entregues aos

sujeitos na sexta sessão. Esse guia tinha o objetivo de dar modelos de receitas com baixas calorias aos sujeitos da amostra.

m) Orientações e Sugestões de Cuidados com a Saúde (Anexo X)

Com base nos estudos de Stuart (1995) e o que a literatura especializada apresenta foi elaborado um breve guia de orientações e sugestões aos sujeitos do Programa para Modificação do Comportamento Alimentar.

Esse guia apresentava recomendações para escolha e preparo dos alimentos, além de orientações de cuidados com a saúde, do dia-a-dia.

n) Ficha de Modificação do Comportamento Alimentar (Anexo XI)

Essa ficha foi utilizada na etapa do seguimento com o objetivo de registrar mudanças no comportamento alimentar, percebidas pelo próprio sujeito que participou do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar.

Procedimento

Esta pesquisa foi constituída por uma avaliação inicial da população estudada. O pré-teste para determinar a linha de base do comportamento alimentar da amostra, treinamento dos sujeitos, pós-teste e seguimento para avaliar a eficácia do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar proposto. Sendo que este estudo foi dividido em duas fases com várias etapas.

Fase A- Análise geral dos hábitos alimentares dos idosos.

1ª etapa: contato com os sujeitos da população onde receberam o convite para colaborarem com o estudo, por se tratar de uma pesquisa de dissertação de mestrado que teve

como objetivo verificar a eficácia do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar em idosos obesos.

Após o estabelecimento de um rapport inicial, foi estabelecida uma data, horário e local para que os interessados na pesquisa comparecessem.

Na data e horários determinados os sujeitos que compareceram foram questionados quanto a disponibilidade de participarem da pesquisa, foi fornecido um informe intitulado “Consentimento Informado”, ressaltando as questões de sigilo e anonimato das informações concedidas. Em seguida preencheram uma Ficha de Identificação, posteriormente iniciaram-se as medidas para o preenchimento da Ficha de Peso e Altura. Logo após, a pesquisadora agradeceu a colaboração dos sujeitos e comunicou que os sujeitos incluídos no programa, conforme os critérios de inclusão e exclusão, seriam avisados por telefone.

O grupo foi formado por oito sujeitos. Os sujeitos foram avisados por telefone do dia e horário para realização da primeira sessão, de que o programa tinha a duração de sete semanas, com encontros de noventa minutos, e por se tratar de um programa breve era importante que não houvesse faltas.

Fase B – Programa de Modificação do Comportamento Alimentar.

1ª etapa: Pré-teste e Programa de Modificação do Comportamento Alimentar.

A pesquisadora entrou em contato com os sujeitos que apresentavam o IMC igual ou superior a 30 e menor ou igual a 39,9, dentro da faixa de obesidade I e obesidade II, que eram alfabetizados, caso tivessem alguma doença, tais como Diabetes, Hipertensão Arterial, Doenças Coronárias, Doenças Respiratórias, Câncer e Artrite, estivessem sob cuidados médicos e que apresentassem interesse em participar do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar.

Foi informado aos sujeitos que:

“Você participou do primeiro momento desse estudo. Quero convidá-lo para participar do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar. Lembro que todas as informações serão utilizadas para fins científicos, garanto seu anonimato e não haverá nenhum custo para participar do grupo. Sua participação é voluntária.”

Foi entregue aos sujeitos da amostra deste estudo uma ficha referente ao Consentimento Informado do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar (Anexo IV). Para realização do pré-teste foi aplicado os seguintes instrumentos o Roteiro de Entrevista I (Anexo V) que foi gravado em fita cassete. Depois foi aplicado o Histórico da Obesidade (Anexo VI). O mesmo sujeito foi instruído a preencher a Ficha de Automonitoramento (Anexo VII) e convidado a participar da próxima sessão.

2ª etapa: Pós-teste dos sujeitos.

Após uma semana do encerramento do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar os sujeitos que participaram da fase B foram convidados por telefone para uma nova sessão. O objetivo era verificar se houve mudanças nos comportamentos alimentares dos sujeitos, após o término do programa. Foram comparados os resultados encontrados nessa etapa de pós-teste com os resultados da etapa do pré-teste (linha de base).

No pós-teste foi aplicado o Roteiro de Entrevista II (Anexo XIII) para verificar se houve mudanças nos comportamentos alimentares, em relação a preocupação com o peso foi aplicado as Questões do Histórico da Obesidade (Anexo XIV). Para avaliar o programa, com base na avaliação dos próprios sujeitos foi aplicada a Ficha de Modificação do Comportamento Alimentar (Anexo XI).

A pesquisadora agradeceu a participação dos sujeitos e comunicou que após o período de quatro semanas, todos os sujeitos da etapa do pós-teste seriam convidados por telefone para participarem da etapa de seguimento, que ocorreu em duas sessões.

3ª etapa: seguimento.

Após quatro semanas da etapa de pós-teste os sujeitos foram convidados por telefone para uma nova sessão. O objetivo era verificar se houve mudanças nos comportamentos alimentares dos sujeitos e do peso corporal.

No seguimento foram reaplicados os instrumentos utilizados na fase de pós-teste, afim de verificar se os ganhos obtidos durante o Programa de Modificação do Comportamento Alimentar foram mantidos, sendo proposto aos sujeitos que durante a semana seguinte preenchessem a Ficha de Automonitoramento (Anexo VII). Foi reaplicado o Roteiro de Entrevista II (Anexo XIII) para verificar se houve mudanças nos comportamentos alimentares, em relação a preocupação com o peso foi aplicado as Questões do Histórico da Obesidade (Anexo XIV). Nessa mesma sessão, os sujeitos foram pesados para ser preenchida a Ficha de Peso Semanal (Anexo VIII).

Uma semana após o preenchimento da Ficha de Automonitoramento (Anexo VII), as fichas foram recolhidas para análise da pesquisadora. Nesta data foi aplicado a Ficha de Modificação do Comportamento Alimentar (Anexo XI), onde os sujeitos foram questionados individualmente se notaram algum tipo de mudança em seus comportamentos alimentares nas últimas semanas. Se a resposta fosse afirmativa era solicitado ao sujeito que desse exemplos de mudanças percebidas. Os exemplos oferecidos pelos sujeitos eram registrados.

A pesquisadora agradeceu a participação de todos os sujeitos e se despediu.

Roteiro das Sessões do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar:

Foi composto por um grupo de oito sujeitos que participaram de sete sessões, cujo objetivo era apresentar as estratégias do programa de intervenção. Esse programa foi fundamentado nos procedimentos utilizados por Kerbauy (1973) e por Stuart (1995).

Primeira Sessão

Nesta primeira sessão foi assegurado aos sujeitos que todos os dados obtidos durante o programa seriam usados apenas para fins científicos, sendo que o anonimato estaria garantido e apresentou-se ao sujeito o Consentimento Informado do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar (Anexo IV).

Foi realizada uma entrevista individual utilizando o Roteiro de Entrevista I (Anexo V), pela pesquisadora para buscar dados sobre o comportamento alimentar, investigando áreas da saúde, social e familiar.

Nesta entrevista era perguntado ao sujeito sobre o tipo de alimento que consumia; quais alimentos gostava mais e quais gostava menos; quantas, quais, os horários e o que comia em cada refeição; se teve, quais, e o que fez sobre problemas de saúde relacionados ao peso; se fez, que tipo e se obteve sucesso com alguma dieta por problemas de doença e/ou por questões estéticas; se teve e como foram problemas sociais devido ao peso; frequência e exemplo de ataque alimentar; local das refeições e se for em casa quem as preparava; se considerava-se obeso; familiares obesos; se realizava, qual e quanto tempo de atividade física; tipo de doença apresentada; uso de medicação.

A seguir o sujeito era submetido a aplicação de dois instrumentos o Histórico da Obesidade (Anexo VI). Explicava-se ao sujeito que se tratava de uma pesquisa sobre comportamentos alimentares em pessoas idosas e obesas. Foi proposto um programa breve, através do qual passou-se aos sujeitos estratégias de modificação do comportamento alimentar, já que o processo de emagrecimento requer um longo prazo e sua manutenção exige modificações nos comportamentos alimentares. Durante esse trabalho foi exigido o cumprimento de tarefas diárias da forma mais cuidadosa pelo sujeito, por ser um tratamento breve era importante que não houvesse faltas.

Após o encerramento do programa o sujeito era submetido a etapa do pós-teste e etapa do seguimento.

Como primeira tarefa o sujeito era instruído a registrar numa ficha fornecida pela pesquisadora, os alimentos ingeridos durante uma semana, mantendo a alimentação habitual. Explicou-se que tratava-se de uma forma de conhecer melhor comportamento alimentar, antes de oferecer estratégias de modificação do comportamento alimentar.

Essa Ficha de Automonitoramento (Anexo VII) continha os seguintes itens: horário da alimentação, quantidade de alimento ingerido, descrição da situação que estava ocorrendo antes e depois da alimentação.

As instruções constituíram-se da seguinte forma:

“Você deve registrar durante essa semana o que comeu realmente, sem modificações. Na primeira parte dessa ficha deverá marcar o horário em que fez a refeição. Na segunda parte você deverá registrar a quantidade do alimento ingerido. Na parte de situações anteriores e posteriores registrar o que estava fazendo e/ou sentindo antes e depois de se alimentar, por exemplo: assistindo televisão, cozinhando. Na parte de outras observações pode-se registrar sentimentos e/ou pensamentos, tais como estar nervosa, feliz e outros.

Segunda Sessão

No início dessa sessão e nas sessões subseqüentes a primeira atividade constituiu em analisar a ficha de automonitoramento junto com o sujeito, buscando esclarecer se estava comendo muito ou pouco, a qualidade dos alimentos ingeridos, a possibilidade de substituir alimentos mais calóricos por alimentos menos calóricos e mais saudáveis.

Fez-se a pesagem do peso corporal do sujeito, registrando na Ficha de Peso Semanal (Anexo VIII) e colocava-se a figura referente ao ganho ou perda de peso.

Nessa segunda sessão foi exposto aos sujeitos princípios da análise funcional do comportamento.

“O objetivo é esclarecer a função de nossos comportamentos, em especial o comportamento alimentar para facilitar o entendimento das tarefas propostas nesse programa, de forma que vocês possam compreender a relação que estabelecemos com a alimentação ao longo de nossas vidas.

A forma como agimos ou nossos comportamentos são aprendidos em nosso próprio ambiente, portanto aprendemos como agir desde pequenos com nossos familiares, amigos, professores. E o que mantém um comportamento é o reforçamento fornecido, por exemplo se ao conversar com vocês, então recebo a atenção de vocês, esse meu comportamento de falar será reforçado, se essa situação de reforçamento se repetir por várias vezes, provavelmente a minha frequência de falar em público aumentará.

Portanto, se a frequência de um comportamento aumenta é porque está sendo reforçado por algum estímulo, no mesmo exemplo usado anteriormente, poderia ter o meu comportamento reforçado pelo balançar da cabeça de vocês e/ou pelos olhares.

Algumas vezes nos comportamos para evitar situações que consideramos ruins, agimos (nos comportamos) para retirar algo de ruim. Por exemplo: se eu não cumprir o programa com vocês, receberei broncas do meu orientador por não ter cumprido a tarefa da pesquisa, ou seja para me livrar da bronca do orientador eu cumpro a tarefa do programa.

Assim, temos reforços positivos, tais como: trabalhar para ganhar dinheiro, elogios de uma professora, mãe ou amigos por uma atividade realizada. Também temos os reforços negativos, tais como colocar uma blusa para tirar o frio que estamos sentindo, ir ao médico para tirar a dor que sentimos.

Nós construímos nosso repertório de comportamentos desejados e os não desejados, para eliminarmos ou diminuirmos a frequência dos comportamentos não desejados

precisamos inserir um comportamento optativo para dificultarmos a emissão do comportamento indesejado ou inadequado.

Para iniciarmos essa modificação vamos introduzir inicialmente uma pequena pausa de dois minutos durante as principais refeições. Então, vocês irão comer normalmente até metade da refeição, ao chegar no meio deverão colocar os talheres na mesa e esperar por dois minutos. Nesse intervalo poderá se realizar qualquer outra atividade, tais como os deveres de casa. Lembrem-se de registrar na ficha de automonitoramento, na parte de observações se fez a pausa durante a refeição, para avaliarmos na próxima sessão. Assim introduziremos o comportamento de parar durante a refeição. O sujeito poderá continuar a refeição se desejar.”

Para finalizar essa sessão foi lembrado aos sujeitos de que para o próximo encontro deveriam trazer as fichas de automonitoramento, acrescido da estratégia de pausa alimentar. Então foi oferecido o lanche n.º 1 conforme o Guia de Lanche Modelo (Anexo IX). Demonstrou-se aos sujeitos que poderíamos consumir alimentos saborosos com um número reduzido de calorias.

Terceira Sessão

Essa sessão iniciou-se com a análise das fichas de automonitoramento preenchidas pelos sujeitos, observando a execução da pausa de dois minutos e as dificuldades de não executá-la. Preencheu-se a Ficha de Peso Semanal (Anexo VIII), colocou-se a figura de ganho ou perda de peso. Quando o sujeito conseguia realizar a tarefa recebia aprovação por parte da pesquisadora e a seguinte explicação:

“O ato de comer envolve um encadeamento de ações que não nos damos conta, desde de comprar o alimento, prepará-lo, colocá-lo no prato e até comê-lo. Para quebrarmos esse encadeamento, precisamos aumentar o tempo de duração da refeição ao mesmo tempo que

se diminui a quantidade de alimento. Para a digestão do alimento o organismo precisa de um certo tempo para enviar as mensagens de que está satisfeito ao cérebro, percebe-se que os gordos comem mais rápido do que os magros, portanto se aumentarmos o tempo da refeição daremos a possibilidade do organismo perceber sua saciação mais adequadamente, para esse tempo introduzimos a pausa durante a alimentação.

Poderemos entender que a perda de peso precisará ser gradual, porque se ficarmos proibidos de comer emitiremos a resposta de comer com mais intensidade. E esse programa pretende propiciar mudanças nos hábitos alimentares, introduzindo uma alimentação mais adequada.

Entende-se que a mudança de hábito alimentar deverá ser estabelecida de forma gradual e contínua, pois à manutenção do peso exige um estilo de alimentação equilibrado, se fizermos dietas restritas emagreceremos por um tempo, mas ao voltarmos ao hábito alimentar antigo, retornaremos ao peso ou além do peso anterior.

Portanto, deverá continuar com o automonitoramento e as pausas durante as refeições. Agora poderemos introduzir outra estratégia.

Muitas vezes comemos sem perceber o que e quanto comemos, por exemplo ao assistir televisão podemos comer muita pipoca ou chocolate, sem se dar conta; ao estudar podemos comer vários pacotes de bolachas ou balas. Nós juntamos atividades diferentes num só ato, a alimentação precisa ser uma atividade pura, existindo com a função de alimentar sem nenhum outro estímulo reforçador.

Deveremos estabelecer um local da residência para realização da alimentação, comendo somente na cozinha, ou só na sala. Assim a ação de comer será única e exclusivamente uma alimentação, sem atividades paralelas

Será importante fazer uma limpeza das armadilhas na moradia, colocando alimentos preferidos e hipercalóricos em recipientes opacos, que fiquem distante da visão. Não deixando alimentos espalhados pela casa, centralizá-los na cozinha.

Ao fazermos qualquer alimentação devemos dificultar o acesso dos alimentos, deixando guardados em locais mais difíceis, que não estão a vista, por exemplo cobertos, dentro de armários. Os alimentos mais calóricos, tais como bolachas, bolos e doces devem ser bem guardado, para evitar a tentação de beliscar. Lembre-se de guardar os alimentos favoritos nos lugares mais difíceis de acesso, colocando na frente das prateleiras alimentos que causam menor tentação.

Após as refeições não permanecer na mesa, sendo que cada vez que for se servir precisa levantar da mesa e ir até a comida.

Agora iremos construir uma lista de atividades que gostamos de fazer, pois quando estivermos sem nada para fazermos, ao invés de comermos vamos fazer outras atividades reforçadoras positivamente. Estando interessados em uma atividade reforçadora positivamente a resposta de comer tende a não ser realizada”.

Ao término da atividade proposta era oferecido ao grupo de sujeitos o lanche n.º 2 de acordo com o Guia de Lanche Modelo (Anexo IX).

Quarta Sessão

Nesta sessão iniciou-se com a análise das fichas de automonitoramento verificando o cumprimento das tarefas de pausa, manutenção do ambiente, a alimentação isolada de outras atividades, diminuição da quantidade de alimento ingerido. Foi feita a pesagem e o preenchimento da Ficha de Peso Semanal (Anexo VIII).

“Estaremos aprendendo que poderemos controlar nosso comportamento alimentar, ao modificarmos certas condições, tais como não realizar atividades paralelas junto a

alimentação, modificar o ambiente doméstico (diminuir a exposição de alimentos hipercalóricos). Desta forma ao conhecermos os antecedentes que desencadeiam o comportamento de comer, poderemos modificar e prever o comportamento que iremos emitir.

Agora iremos introduzir outras estratégias que favorecem a modificação do comportamento alimentar.

Ao preparar os alimentos buscar usar os menos calóricos, que engordam menos, utilizando formas de preparo que sejam mais saudáveis, por exemplo ao invés de fritar tentar assar ou grelhar. Procurar consumir alguns vegetais crus e cortados em pequenos pedaços, aumentando a absorção de nutrientes importantes à saúde.

Permitir deixar um pouco de comida no prato, não comer somente para evitar desperdício, pode-se aprender a aproveitar as sobras para outros pratos. Uma outra forma de diminuir a quantidade de alimento consumido é colocá-lo em pequenas porções, assim para repetir terá que levantar e buscar mais alimento.

Durante uma festa planejar frases de recusa, que poderam ser usadas quando lhes for oferecido algum tipo de comida hipercalórica. Lembrar que o controle de comer deverá ser seu e não dos outros.

Perceberemos que os mercados estão mais sofisticados, oferecendo alimentos atrativos em prateleiras mais acessíveis, com música ambiente, com lanchonetes dentro das lojas, essas são estratégias de manter o consumidor mais tempo dentro do estabelecimento comercial, e assim propiciar maiores compras.

Ao fazermos compras evitar alimentos hipercalóricos, para isso é importante utilizar uma lista de compras prévia, ir as compras sem estar com fome. Andar apenas nos corredores que têm os produtos de sua lista, tratar as compras como um trabalho e não um lazer.

A sofisticação de oferta de alimentos não se restringe aos supermercados, na televisão temos os comerciais oferecendo uma enorme variedade de alimentos supérfluos, e nessas propagandas a grande chamada é para trazermos esses produtos para dentro de nossas casas. Então, faremos uma brincadeira durante uma noite desta semana prestem atenção nos comerciais e tente identificar aqueles que apresentam alimentos hipercalóricos que “não fazem bem”, e anote para o nosso próximo encontro”.

Para finalizar essa sessão foi oferecido aos sujeitos o lanche n.º 3 do Guia de Lanche Modelo (Anexo IX).

Quinta Sessão

A pesquisadora começou a sessão analisando a ficha de automonitoramento, verificando a ocorrência das pausas, utilização de atividades reforçadoras positivamente para substituição do ato de comer, a realização da pesquisa com os comerciais da televisão, comendo apenas em um cômodo da casa, comendo sem atividades paralelas, diminuição na quantidade de alimentos, diminuição da oferta de alimentos hipercalóricos na moradia do sujeito. Foi iniciada a pesagem e preenchimento da Ficha de Peso Semanal (Anexo VIII).

“Neste encontro teremos como tarefa pensar em frases, anedotas, piadas sobre gordura ouvidas de parentes, amigos, familiares e/ou marido. Todos os sujeitos precisaram encontrar uma situação aversiva vivida tanto no trabalho como na família, em que se sentiram mal por causa do excesso de peso.

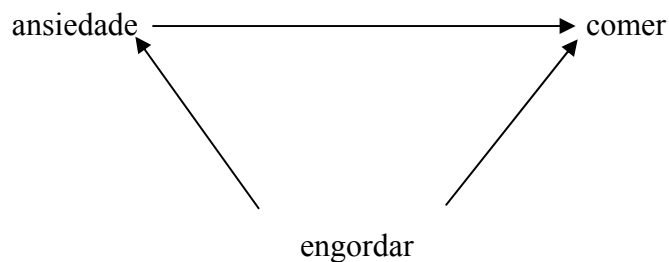
Desta forma deverão falar as frases e/ou imaginar as cenas aversivas toda vez que se defrontarem com alimentos hipercalóricos. Por meio dessa técnica estarão controlando o comportamento sob um estímulo aversivo, e ao estarmos em uma situação aversiva, tendemos a nos esquivar buscando encontrar soluções de desculpa para o ato de comer. Por exemplo: é só um pedacinho; só mais esse. Diante dessa situação de esquiva deverão buscar

um estímulo reforçante, então ao pensarem na situação aversiva logo em seguida deverão pensar em frases de encorajamento, tais como estou conseguindo, está dando certo, eu sou capaz.

Além de frases e situações aversivas, precisaremos encontrar frases de encorajamento.”

Sendo assim os sujeitos registraram essas frases e cenas aversivas, frase de encorajamento. Foi proposto um ensaio comportamental aos sujeitos.

“Ao fazermos essa mudança comportamental, quebramos com um círculo vicioso que há no comportamento de comer, proposto por Silva ,V. L .M. (2000).



A relação estabelecida com a obesidade é a seguinte, ao comermos sentimos imediatamente o prazer do alimento na boca, ou seja é gostoso comer. Só que se continuarmos comendo direto ficaremos gordos, e ser gordo é uma conseqüência aversiva (desagradável), mas na hora que comermos não pensamos no acúmulo de gorduras que o alimento vai nos trazer, porque essa conseqüência está distante do “aqui e agora”, nesse momento o poder reforçante do alimento supera a conseqüência futura.

Então, poderemos exemplificar que em algumas situações que sentimos ansiedade, o que mais desejamos é nos livrar da sensação ruim vivida, e por muitas vezes comemos nesses momentos, pois comer traz uma satisfação imediata e prazerosa. Será pedido ao grupo que dê exemplos de situações em que se sentiram ansiosos e terminaram comendo.”

Os exemplos eram comentados a partir do modelo proposto do círculo vicioso, onde quando se está ansioso se come, buscando um prazer imediato, só que ao comer engordamos. E se engordamos ficamos ansiosos e voltamos a comer, mantendo o círculo.

“Portanto, apresentaremos que na comida está nossa fonte de prazer imediato, mas se tivermos outras atividades alternativas que também nos proporcione prazeres, teremos no momento de ansiedade a opção de escolher entre o comer e outra atividade, sendo que ambas dão prazeres imediatos.

Para encontrar outros reforçamentos precisaremos rever nossa rotina, lembrar de atividades que gostamos de fazer (rever a lista das atividades alternativas que dão prazer), portanto ampliar nosso repertório de comportamentos. Será incluído a importância de atividades físicas.

Além de mudarmos os nossos hábitos alimentares, precisamos aumentar o gasto de energia se desejarmos a redução do peso. As atividades físicas podiam ser monitoradas por um professor de educação física, era orientado à visita ao médico antes do início de qualquer atividades física. Entretanto, havia pequenas atividades que podiam fazer, tais como ao invés de pedir objetos ir buscá-los, caminhar um pouco ao invés de andar de ônibus ou de carro, visitar amigos ao invés de comer.”

A tarefa proposta aos sujeitos era de tentarem realizar alguma atividade física na semana, desde de caminhar e outras. Ao final da sessão foi oferecido o lanche n.º 4 de acordo com o Guia de Lanche Modelo (Anexo IX).

Sexta Sessão

Nessa sessão iniciou-se com a análise das fichas de automonitoramento, a realização das pausas durante a alimentação, o uso das atividades reforçadoras positivamente alternativas, alimentando-se em apenas um local da moradia, diminuição do consumo de

alimentos hipercalóricos e a prática de alguma atividade física. Além do preenchimento da Ficha de Peso Semanal (Anexo VIII).

“Neste programa não se terá restrição no consumo dos alimentos, mas sim a busca de uma alimentação mais saudável, para isso precisaremos aprender a balancear as nossas refeições, ou seja pensaremos no que devemos comer, se estabelecermos estratégias claras do consumo de alimento ficará mais tranqüilo o controle do peso.”

Para isso foi oferecido aos sujeitos um guia de Orientações e Sugestões de Cuidados com a Saúde (Anexo X), foi discutido com os sujeitos as recomendações oferecidas e os sujeitos eram questionados se conheciam e se utilizavam de alguma ação para organizarem sua alimentação, se utilizavam de alguma estratégia em festas, viagens, restaurante ou situações que envolviam oferta de alimentos.

Após a realização dessa tarefa foi oferecido aos sujeitos todas as receitas utilizadas durante as sessões, que fazem parte do Guia de Lanche Modelo (Anexo IX). Então, foi servido aos sujeitos o lanche n.º 5 de acordo com o Guia de Lanche Modelo (Anexo IX).

Sétima Sessão

Nessa sessão foi proposto a análise das fichas de automonitoramento, a verificação da realização das pausas alimentares, o controle de exposição dos alimentos hipercalóricos em casa, a realização da alimentação como uma prática única, o consumo de alimento em apenas um cômodo da moradia, inclusão de alguma atividade física no cotidiano, pesagem semanal para acompanhamento do peso corporal e sobre a utilização das dicas e listas de alimentos. Foi ressaltado que esse programa visava ensinar a reduzir o consumo de alimentos hipercalóricos, o controle do comportamento de comer por meio de estratégias comportamentais, e a introdução de hábitos alimentares mais adequados.

“Lembraremos que é importante aprender a comer pouco, se permitindo comer de tudo, tendo os alimentos saudáveis como a grande base da alimentação. Utilização das frases de reforçamento para não comer além do necessário, aprender a saciar a fome, e não comer por outros estímulos, tais como a ansiedade ou propagandas.”

Fairburn & Cooper (1997) propõem passos para à resolução de problemas, os quais podem ser definidos como identificação do problema, soluções possíveis, verificação das soluções possíveis na realidade, praticar e depois rever se há uma forma de aperfeiçoar as soluções propostas.

“ Na 3ª idade a alimentação torna-se mais difícil, pela dificuldade de preparo dos alimentos, devido a diminuição da coordenação motora e dificuldades de mastigar os alimento, pelo uso de prótese dentária.

Então, foi proposto ao grupo o seguinte problema como podemos fazer os alimentos saudáveis tornarem-se mais apetitosos e mais fáceis de serem consumidos. Como poderemos consumir alimentos como cenouras, carnes, frutas duras (exemplo: maçã), verduras cruas. O grupo deveria apresentar formas de preparo alternativo dos alimentos indicados e outros que descobrissem. Também deveriam apresentar formas para substituir refrigerantes, frituras e doces.

A partir das formas propostas de preparo dos alimentos foi discutido se eram possíveis de serem feitas, então as formas mais adequadas eram oferecidas ao grupo como sugestões, tais como cenoura ralada, a carne moída preparada com pouca gordura, frutas cortadas em pedaços pequenos para facilitar o consumo, e para bebidas a utilização de sucos de frutas sem açúcar.” Desta forma foi discutido com o grupo formas de substituição de alimentos (trocas).

Para finalizar o trabalho foi oferecido ao grupo de sujeitos o lanche n.º 6, de acordo com o Guia de Lanche Modelo (Anexo IX).

Foi agendado com o grupo de sujeitos a fase do pós-teste que ocorreu uma semana após o encerramento do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar, onde foram aplicados o Roteiro de Entrevista II (Anexo XIII), as Questões do Histórico da Obesidade (Anexo XIV) e a Ficha de Modificação do Comportamento Alimentar (Anexo XI).

Os sujeitos que participaram da etapa de pós-teste foram comunicados que após o período de quatro semanas, seriam avisados por telefone para participarem de mais duas sessões, que constituiu na etapa do seguimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados da presente investigação se referem aos dados de uma classe iniciante de uma Universidade da Terceira Idade, chamada aqui de população e aos dados de uma amostra de oito sujeitos selecionados nesta população e que participaram do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar.

A análise dos resultados deste estudo deu-se da seguinte forma: na fase A (análise geral dos comportamentos alimentares em idosos) foram colhidos dados demográficos e dados referentes ao peso e altura, que tiveram a finalidade de auxiliar na seleção da amostra para a fase B. Os dados que apresentaram baixa frequência ($f < 5$) e os de descrição da amostra foram analisados percentualmente. Os outros dados que apresentaram frequência igual ou superior a cinco ($f \geq 5$) foram analisados pelo teste do qui-quadrado e qui-quadrado de independência, e para comparar as medidas de peso da população e da amostra utilizou-se o teste t-student, pertinentes a estatística não-paramétrica. O índice de significância estatística adotado foi de 0,05 (índice aceitável para pesquisas em ciências sociais).

A fase B (Programa de Modificação do Comportamento Alimentar) foi um estudo experimental A1 B A2 A3, onde A1 correspondeu ao pré-teste, B foi a implementação do próprio programa para modificação do comportamento alimentar, A2 correspondeu ao pós-teste, e o A3 foi a etapa do seguimento. Foi realizado uma análise intra-sujeitos em cada fase no sistema de estudo de caso único, em que o sujeito era controle dele mesmo. A generalidade dos dados passou a aparecer na medida em que os dados se repetiram ou não.

As sessões foram avaliadas através do peso corporal dos sujeitos por sessão e do preenchimento das fichas de automonitoramento. Para o peso foram feitas tabelas sobre a

evolução de cada sujeito, e para as fichas de automonitoramento uma análise entre os períodos do pré-teste, pós-teste e seguimento.

Análise da população

A população deste estudo se refere ao número total de sujeitos participantes de uma turma da universidade da terceira idade, onde os dados foram coletados.

Análise dos dados de caracterização da população

Neste estudo, inicialmente a população investigada foi de 67 sujeitos que assinaram o Consentimento Informado, preencheram a Ficha de Identificação, e em seguida foram pesados e medidos.

Os dados de identificação referem-se (n=67) ao primeiro contato com a população estudada, incluindo os sujeitos da amostra. Em relação a Ficha de Identificação foram obtidos dados sobre faixa etária, sexo, estado civil, profissões, atividade atual, escolaridade e a presença de doenças.

Em relação a faixa etária o maior número de sujeitos (32,8%) encontram-se de 60 à 66 anos e de 54 à 60 anos com (31,3%) dos sujeitos. Parece ser estas as faixas que estão freqüentando este tipo de instituição (Universidade da 3ª Idade).

A menor percentagem (3,0%) ficou na faixa de 72 à 78 anos, mostrando que nesta faixa, as pessoas não estão procurando esse tipo de instituição, na qual a coleta de dados desta pesquisa foi feita, porque essas pessoas já estão mais afastadas do convívio social por doenças ou incapacitação. Embora, segundo o IBGE (2002) o Censo Demográfico de 2000 tenha indicado que esse grupo de idade apresentou o maior crescimento em pessoas no Brasil.

A idade média dessa população estudada é de aproximadamente 60 anos. Estes dados podem ser vistos na Figura 1.

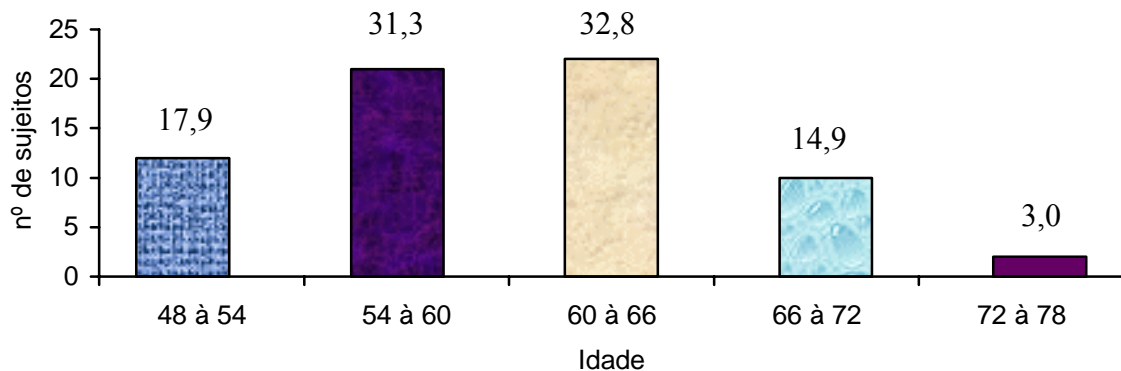


Figura 1: Percentagem de sujeitos por faixa etária na população estudada (n=67).

Em relação ao sexo tem-se que (93%) dos sujeitos são do sexo feminino e (7%) dos sujeitos do sexo masculino. De acordo com o IBGE (2002) o número de mulheres apresentou-se bem maior do que os homens dentro da população idosa, sendo que em média as mulheres vivem oito anos a mais que os homens.

Estes dados podem ser vistos na Figura 2.

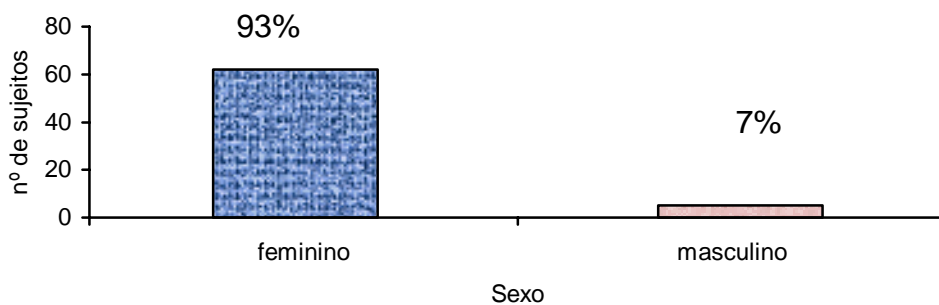


Figura 2: Percentagem de sujeitos de acordo com o sexo da população estudada (n=67).

Da população estudada, em relação ao estado civil a maioria (56%) eram de sujeitos casados. E a minoria (6%) de sujeitos separados.

Estes dados podem ser vistos na Figura 3.

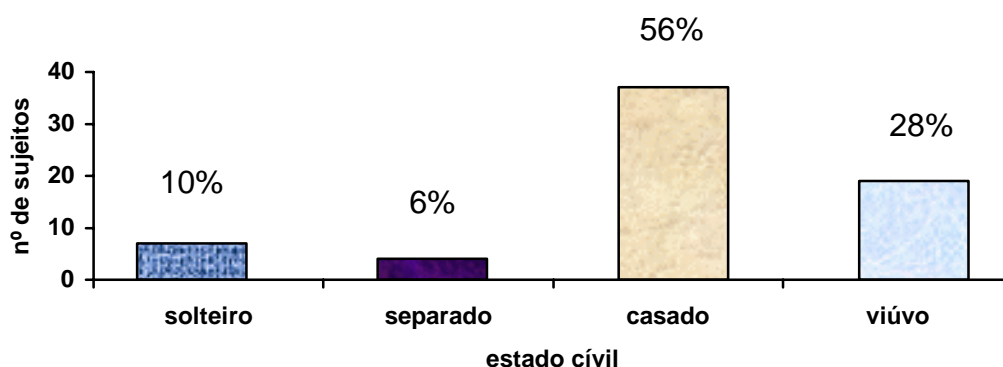


Figura 3: Percentagem de sujeitos de acordo com o estado civil da população estudada (n=67).

Para facilitar o entendimento acerca das profissões exercidas pelos sujeitos no passado, estas foram organizadas em categorias citadas a seguir:

- Vendas: balconista, vendedora;
- Funcionário público: funcionário público e auxiliar de desenvolvimento infantil;
- Trabalhadores domésticos: do lar/dona de casa, auxiliar de serviços, cozinheira, doceira, auxiliar de lavanderia, serviços gerais, trabalho de limpeza;
- Trabalhadores da saúde: auxiliar de enfermagem, técnico em radiologia, auxiliar de consultório, copeira hospitalar;
- Costureira: costureira;
- Outras: tecelagem, manicure, bancária, inspetora de qualidade, administração de materiais, operador de máquinas, comprador industrial, militar, auxiliar de embalagem, cabeleireira, instrutora, montadora de rádio, motorista, feirante, guia e promotora de turismo.

A Tabela 1 apresenta a percentagem dos sujeitos nas profissões exercidas no passado. Tem-se que a maioria (40,3%) dos sujeitos exerceram no passado profissões de trabalhadores domésticos. E a minoria (7,5%) dos sujeitos trabalhou como costureira.

Tabela 1: Percentagem de sujeitos nas diferentes profissões exercidas (n=67).

Profissões	Percentagem
Vendas	8,9%
Funcionário público	10,4%
Trabalhadores domésticos	40,3%
Trabalhadores da saúde	10,4%
Costureira	7,5%
Outras	22,4%

Em relação a atividade atual foram estruturadas categorias, sendo: aposentado/pensionista; do lar; trabalhadores da saúde; outras.

A categoria aposentado/pensionista incluiu aposentados e pensionistas.

A categoria do lar incluiu os que exerciam trabalhos em casa, limpeza e doceira.

A categoria trabalhadores da saúde incluiu auxiliar de enfermagem, copeira hospitalar.

A categoria outras incluiu auxiliar de desenvolvimento infantil, vendedora, costureira, funcionária pública, guia e promotora de turismo.

A Tabela 2 apresenta a percentagem dos sujeitos em relação as profissões exercidas atualmente. Tem-se que a maioria (46,3%) dos sujeitos incluem-se na categoria de aposentado/pensionista, acompanhado de (38,8%) dos sujeitos que exerciam profissões do lar. E a minoria (7,5%) dos sujeitos exerciam profissões ligadas aos trabalhadores da saúde, e (7,5%) dos sujeitos incluem-se na categoria de outras profissões.

Tabela 2: Percentagem de sujeitos em profissões exercidas atualmente (n= 67).

Profissões atuais	Percentagem
Aposentado/pensionista	46,3%
Do lar	38,8%
Trabalhadores da saúde	7,5%
Outras	7,5%

Em relação aos dados de escolaridade tem-se que a maioria (61%) dos sujeitos possuía o ensino fundamental incompleto. E a minoria (1%) dos sujeitos fizeram ensino superior completo, e nenhum dos sujeitos apresentaram ensino superior incompleto. Estes dados podem ser vistos na Figura 4.

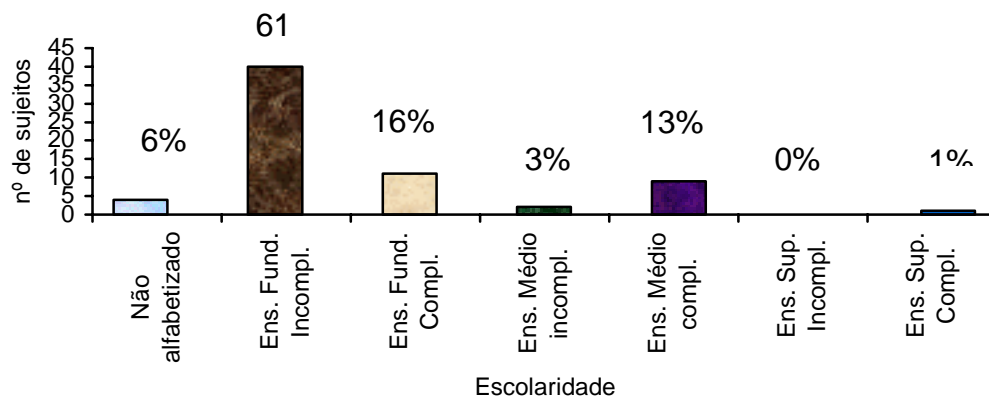


Figura 4: Percentagem de sujeitos da população de acordo com a escolaridade (n=67).

Das doenças apresentadas pelos sujeitos dessa população, a maioria (34%) citou Hipertensão Arterial. E a minoria (4%) dos sujeitos citou doenças respiratórias, e nenhum dos sujeitos citou Câncer. Sendo que para a classificação das doenças utilizou-se das seguintes categorias: Diabetes; doenças respiratórias; Hipertensão Arterial; Câncer; doenças coronárias; Artrite; não apresenta doenças; e outras doenças. Para outras doenças incluiu-se: Lúpus, Cefaléia, Artrose, Tendinite, Depressão, Osteoporose, elevado índice (taxa) de Colesterol, dores na coluna, elevado índice (taxa) de Triglicerides e Distúrbio de Tiróide. Estes dados podem ser vistos na Figura 5.

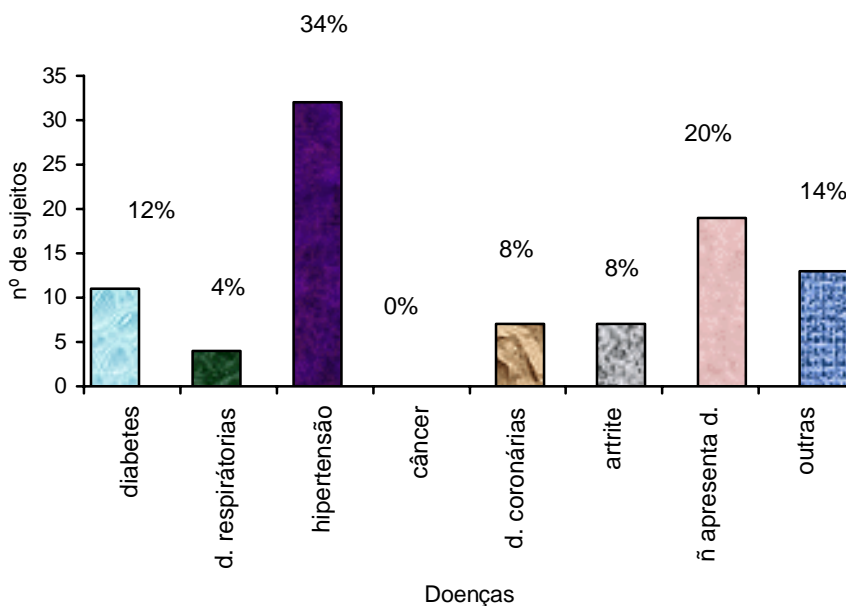


Figura 5: Percentagem das doenças citadas pelos sujeitos da população (n=67).

A maioria (75%) dos sujeitos citou estar sob cuidados médicos e a minoria (25%) dos sujeitos declararam não estar sob cuidados médicos, sendo que algumas doenças estão sob cuidados e outras não, pelo mesmo sujeito.

A maioria (99%) dos sujeitos respondeu afirmativamente em relação à sua participação ao Programa de Modificação do Comportamento Alimentar, enquanto que à minoria (1%) dos sujeitos respondeu negativamente.

Pode-se concluir, através dos dados da Ficha de Identificação que a maioria da população (n=67) deste estudo era de mulheres entre 54 à 66 anos, casadas, alfabetizadas, que exerceram a profissão de trabalhadoras domésticas no passado, eram aposentadas ou pensionistas ou do lar. A maioria citou apresentar Hipertensão Arterial, mas que estavam sob cuidados médicos.

Alguns dos dados obtidos, tais como maioria mulheres, atividades profissionais sem especialização e com baixo nível de escolaridade corroboram com os apontamentos de Camarano (apud IBGE, 2002) sobre a população idosa.

Análise do peso corporal e IMC da população estudada

Todos os sujeitos da população foram pesados (kg), medidos a estatura (m) e calculado o Índice de Massa Corporal (IMC). Sendo que na 1ª medida e 2ª medida haviam oito sujeitos pertenciam à amostra e na 3ª medida sete sujeitos pertenciam à amostra. Os dados descritos abaixo excluem os sujeitos da amostra e apresentam apenas os sujeitos que não passaram pelo Programa de Modificação do Comportamento Alimentar.

Ressalta-se que a população foi pesada no início deste estudo (1ª medida n=59), ao final da intervenção junto com a mostra (2ª medida n=44) e no final este estudo (3ª medida n=37), que correspondeu ao período do seguimento junto a amostra. Por tratar-se de um

estudo prolongado, muitos sujeitos da população abandonaram o curso da instituição, o que dificultou o acompanhamento.

Os dados brutos encontram-se na Tabela sobre Peso, Altura e IMC (Anexo XII), devido a sua extensão os dados não foram apresentados no corpo do texto, apenas a análise pelo teste t-student.

Calculando-se o t-student entre a 1ª medida e a 2ª medida tem-se o valor de 0,3562 para cento e um graus de liberdade e significância de 72,244% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que não houve mudança significativa no peso da população.

Calculando-se o t-student entre a 1ª medida e a 3ª medida tem-se o valor de 0,6332 para noventa e quatro graus de liberdade e significância de 52,816% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, afirma-se que não houve mudança significativa no peso da população.

Calculando-se o t-student entre a 2ª medida e a 3ª medida tem-se o valor de 0,9666 para setenta e nove graus de liberdade e significância de 33,667% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que não houve mudança significativa no peso da população.

De maneira sintetizada os dados demonstraram que a população, durante as três medidas não apresentou modificações significativas na média do peso.

Levantou-se dados referentes ao IMC da população, excluindo os sujeitos selecionados na amostra.

A Tabela 3 apresenta os dados referentes a classificação do IMC da população, no período de três medidas.

Tabela 3: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referentes a classificação do IMC da população, durante três medidas.

Classificação de acordo com o IMC	1ª medida		2ª medida		3ª medida	
	f	%	f	%	f	%
Normal	14	23,73	11	25,00	08	21,62
Sobrepeso	33	55,93	23	52,27	22	59,46
Obesidade I	08	13,56	07	15,91	07	18,92
Obesidade II	02	3,39	03	6,82	00	0,00
Obesidade III	02	3,39	00	0,00	00	0,00
Total	59	100,00	44	100,00	37	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 3 demonstraram que a população durante as três medidas predominou o número de sujeitos com a classificação de sobrepeso.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para a primeira medida tem-se o valor de 56,00 para quatro graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que na 1ª medida predominou a classificação de sobrepeso entre a população.

Já para a 2ª medida tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 36,45 para quatro graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que na segunda medida manteve-se a predominância de sujeitos com sobrepeso, na população.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para a terceira medida foi de 43,68 para quatro graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Na terceira medida também manteve a predominância de sujeitos com sobrepeso, na população.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para as três medidas supra-citadas teve-se o valor de 6,07 para oito graus de liberdade e significância de 63,893% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que os sujeitos, da população, não modificaram sua classificação do IMC ao longo das três medidas, permanecendo com a classificação de sobrepeso para a maioria.

Análise da amostra

A amostra deste estudo foi selecionada de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão, para participação da fase experimental.

Análise do peso corporal e IMC ao longo da intervenção para a amostra.

Para o programa de modificação do comportamento alimentar foram selecionados oito sujeitos com base nos critérios de inclusão e exclusão já descritos no método.

Os sujeitos (n=8) da amostra tiveram seu peso e IMC avaliados desde do pré-teste, as sessões do programa de intervenção, pós-teste (última sessão do programa) e seguimento. Os dados sobre o peso dos sujeitos encontram-se descritos a seguir.

A tabela 4 apresenta os dados sobre o peso do Sujeito I, nos períodos estudados.

Tabela 4: Evolução do peso do Sujeito I nas sessões de pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento.

Sessões	Peso (kg)
Pré-teste	72,500
2ª sessão	72,000
3ª sessão	FALTOU
4ª sessão	72,400
5ª sessão	73,100
6ª sessão	FALTOU
7ª sessão	72,900
Pós-teste	73,300
Seguimento	72,800

O Sujeito I em sua primeira pesagem indicou 72,500 kg, sendo que ao final da intervenção estava com 72,900 kg, ocorrendo neste período um ganho de 400 gramas. No pós-teste registrou-se ganho de 400 gramas, desde o final da intervenção, no entanto na fase do seguimento houve perda de 500 gramas. Notou-se que esse sujeito teve duas faltas, sendo que a sua maior perda de peso foi registrada na segunda sessão chegando a 72,000 kg. Esse sujeito apresentou oscilações de peso entre as sessões, registrando-se ganho de até 700 gramas e perdas de 500 gramas.

A tabela 5 apresenta os dados sobre o peso do Sujeito II, nos períodos estudados.

Tabela 5: Evolução do peso do Sujeito II nas sessões de pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento.

Sessões	Peso (kg)
Pré-teste	70,000
2ª sessão	70,500
3ª sessão	69,800
4ª sessão	FALTOU
5ª sessão	FALTOU
6ª sessão	FALTOU
7ª sessão	71,700
Pós-teste	69,600
Seguimento	71,600

O Sujeito II em sua primeira pesagem indicou 70,000 kg, sendo que ao final da intervenção estava com 71,700 kg, ocorrendo neste período um ganho de 1,700 kg no peso corporal. No pós-teste registrou-se perda de 2,100 kg, desde o final da intervenção, no entanto na fase do seguimento houve ganho de 2,000 kg. Notou-se que esse sujeito teve três faltas, sendo que a sua maior perda de peso foi registrada no pós-teste chegando a 69,600 kg. Esse sujeito apresentou oscilações de peso entre as sessões, registrando-se ganhos de até 2,000 Kg e perdas de até 2,100 kg de peso.

A tabela 6 apresenta os dados sobre o peso do Sujeito III, nos períodos estudados.

Tabela 6: Evolução do peso do Sujeito III nas sessões de pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento.

Sessões	Peso (kg)
Pré-teste	99,000
2ª sessão	97,800
3ª sessão	97,400
4ª sessão	96,900
5ª sessão	96,700
6ª sessão	96,000
7ª sessão	96,500
Pós-teste	96,000
Seguimento	96,700

O Sujeito III em sua primeira pesagem indicou 99,000 kg, sendo que ao final da intervenção estava com 96,500 kg, ocorrendo neste período um ganho de 500 gramas. No pós-teste registrou-se perda de 500 gramas, desde o final da intervenção, no entanto na fase do seguimento houve ganho de 700 gramas. Notou-se que esse sujeito não teve nenhuma falta, sendo que a sua maior perda de peso foi registrada na sexta sessão e no pós-teste chegando a 96,000kg. Esse sujeito apresentou oscilações de peso entre as sessões, registrando-se ganho de até 700 gramas e perdas de 1,200kg de peso.

A tabela 7 apresenta os dados sobre o peso do Sujeito IV, nos períodos estudados.

Tabela 7: Evolução do peso do Sujeito IV nas sessões de pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento.

Sessões	Peso (kg)
Pré-teste	88,000
2ª sessão	86,200
3ª sessão	86,300
4ª sessão	FALTOU
5ª sessão	84,700
6ª sessão	FALTOU
7ª sessão	83,000
Pós-teste	83,500
Seguimento	83,000

O Sujeito IV em sua primeira pesagem indicou 88,000 kg, sendo que ao final da intervenção estava com 83,000 kg, ocorrendo neste período uma perda de 5,000 kg. No pós-teste registrou-se ganho de 500 gramas, desde o final da intervenção, no entanto na fase do seguimento houve perda de 500 gramas. Notou-se que esse sujeito teve duas faltas, sendo que a sua maior perda de peso foi registrada na sétima sessão chegando a 83,000 kg. Esse sujeito apresentou oscilações de peso entre as sessões, registrando ganho de até 500 gramas e perda de 1,700 kg de peso.

A tabela 8 apresenta os dados sobre o peso do Sujeito V, nos períodos estudados.

Tabela 8: Evolução do peso do Sujeito V nas sessões de pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento.

Sessões	Peso (kg)
Pré-teste	90,000
2ª sessão	88,700
3ª sessão	FALTOU
4ª sessão	87,500
5ª sessão	FALTOU
6ª sessão	FALOU
7ª sessão	FALTOU
Pós-teste	89,5000
Seguimento	FALTOU

O Sujeito V em sua primeira pesagem indicou 90,000 kg, sendo que ao final da intervenção o sujeito faltou o que impossibilitou a pesagem, neste período. Notou-se que esse sujeito teve cinco faltas, devido aos problemas de saúde comunicados por telefone à pesquisadora.

A tabela 9 apresenta os dados sobre o peso do Sujeito VI, nos períodos estudados.

Tabela 9: Evolução do peso do Sujeito VI nas sessões de pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento.

Sessões	Peso (kg)
Pré-teste	87,800
2ª sessão	88,600
3ª sessão	FALTOU
4ª sessão	88,400
5ª sessão	FALTOU
6ª sessão	89,000
7ª sessão	88,000
Pós-teste	88,000
Seguimento	90,400

O Sujeito VI em sua primeira pesagem indicou 87,800 kg, sendo que ao final da intervenção estava com 88,000 kg, ocorrendo neste período um ganho de 200 gramas. No pós-teste registrou-se manutenção de peso, desde o final da intervenção, no entanto na fase do seguimento houve ganho de 2,400 kg. Notou-se que esse sujeito teve duas faltas,

apresentando oscilações de peso entre as sessões, registrando ganho de até 2,400 kg e perdas de até 200 gramas de peso.

A tabela 10 apresenta os dados sobre o peso do Sujeito VII, nos períodos estudados.

Tabela 10: Evolução do peso do Sujeito VII nas sessões de pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento.

Sessões	Peso (kg)
Pré-teste	80,700
2ª sessão	80,200
3ª sessão	80,300
4ª sessão	79,100
5ª sessão	79,300
6ª sessão	FALTOU
7ª sessão	78,400
Pós-teste	79,500
Seguimento	79,400

O Sujeito VII em sua primeira pesagem indicou 80,700 kg, sendo que ao final da intervenção estava com 78,400 kg, ocorrendo neste período uma perda de 2,300 kg. No pós-teste registrou-se um ganho de 1,100 kg, desde o final da intervenção. No entanto, na fase do seguimento houve perda de 100 gramas. Notou-se que esse sujeito teve uma falta, sendo que a sua maior perda de peso foi registrada na sétima sessão chegando a 78,400 kg. Esse sujeito apresentou oscilações de peso entre as sessões registrando-se ganho de até 1,100 kg e perdas de 900 gramas. Destacou-se que esse sujeito em nenhum momento deste estudo recuperou ou ultrapassou seu peso inicial

A tabela 11 apresenta os dados sobre o peso do Sujeito VIII, nos períodos estudados.

Tabela 11: Evolução do peso do Sujeito VIII nas sessões de pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento.

Sessões	Peso (kg)
Pré-teste	73,500
2ª sessão	72,000
3ª sessão	72,100
4ª sessão	72,300
5ª sessão	71,600

continuação

Sessões	Peso (kg)
6ª sessão	FALTOU
7ª sessão	71,900
Pós-teste	72,000
Seguimento	72,800

O Sujeito VIII em sua primeira pesagem indicou 73,5000 kg, sendo que ao final da intervenção estava com 71,900 kg, ocorrendo neste período uma perda de 1,600 kg. No pós-teste registrou-se ganho de 100 gramas, desde o final da intervenção, no entanto na fase do seguimento houve ganho de 800 gramas. Notou-se que esse sujeito teve uma falta, sendo que a sua maior perda de peso foi registrada na quinta sessão chegando a 71,600 kg. Esse sujeito apresentou oscilações de peso entre as sessões registrando ganho de até 800 gramas e perdas de 1,500 kg.

A Figura 6 apresenta de forma agrupada o peso de todos os sujeitos ao longo das medidas semanais feitas no pré-teste, sessões, pós-teste e seguimento.

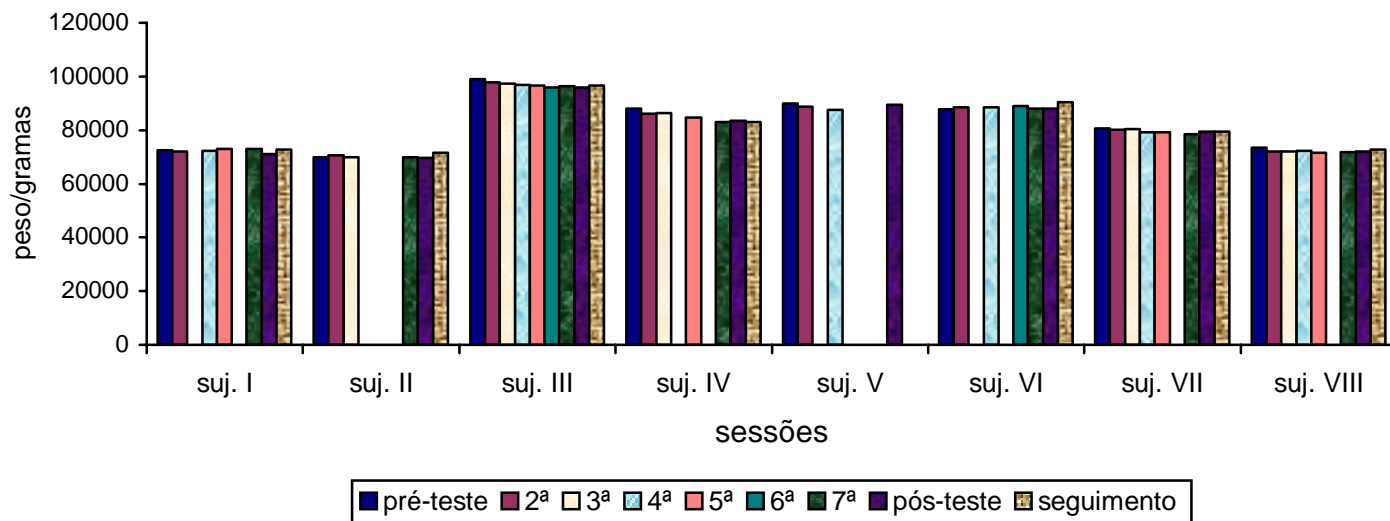


Figura 6: Peso corporal do grupo de intervenção ao longo do pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento

Ao considerar o período total deste estudo, a amostra (n=8) apresentou seis sujeitos que diminuíram o peso ao ser comparado o peso inicial (pré-teste) e o peso final (pós-teste). No entanto, dois sujeitos aumentaram o peso nesse mesmo período. A tabela 12 apresenta a comparação entre o peso inicial e o peso final, além de demonstrar no resultado final o aumento ou a diminuição do peso corporal.

Tabela 12: Comparação do peso inicial com o peso final da amostra.

Sujeitos	Peso inicial (kg)	Peso final (kg)	Resultado final
I	72,500	73,300	↑ 800 gramas
II	70,000	69,600	↓ 400 gramas
III	99,000	96,000	↓ 3,000 kg
IV	88,000	83,500	↓ 4,500 kg
V	90,000	89,500	↓ 500 gramas
VI	87,800	88,000	↑ 200 gramas
VII	80,700	79,500	↓ 1,200 kg
VIII	73,500	72,000	↓ 1,500 kg

Legenda: ↑= aumentou; ↓= diminuiu

Os sujeitos III e IV obtiveram as maiores perdas de peso. Enquanto os outros sujeitos II, V, VII e VIII mantiveram valores menores de perda de peso. Os sujeitos I e VI apresentaram ganho de peso.

Com o objetivo de comparar a variação de peso da amostra com a população, estruturou-se um grupo controle composto por sujeitos que também apresentavam obesidade I e obesidade II, sendo que esse grupo controle foi composto por 10 sujeitos na 1ª e 2ª medidas, e 5 sujeitos na 3ª medida. O grupo experimental foi composto pela amostra possuía na 1ª e 2ª medidas 8 sujeitos, e 7 sujeitos na 3ª medida.

A tabela 13 apresenta os dados do grupo experimental e grupo controle durante as três medidas de peso.

Tabela 13: Comparação entre três medidas de peso do grupo experimental e do grupo controle.

Grupo Experimental				Grupo Controle			
Sujeitos	1ªmedida (kg)	2ªmedida (kg)	3ªmedida (kg)	Sujeitos	1ªmedida (kg)	2ªmedida (kg)	3ªmedida (kg)
I	72,5	73,3	72,8	I	70,5	68,5	68,4
II	70	69,6	71,6	II	75	74,5	-
III	99	96	96,7	III	92	90,7	-
IV	88	83,5	83	IV	67,3	67,3	68,2
V	90	89,5	-	V	76,5	76,3	76,7
VI	87,8	88	90,4	VI	65,5	62,9	62,5
VII	80,7	79,5	79,4	VII	84,3	80,3	-
VIII	73,5	72	72,8	VIII	80,8	80	-
				IX	81,2	81,7	81,2
				X	90,8	91,8	-
Média	82,69	81,43	80,96	Média	78,39	77,4	71,4
DP	10,19	9,44	9,70	DP	9,16	9,54	7,46
N	8	8	7	N	10	10	5

Legenda: DP: desvio padrão; N: número de sujeitos.

Calculando-se o t-student para a 1ª medida do grupo experimental e do grupo controle tem-se o valor de 0,9410 para dezesseis graus de liberdade e significância de 36,71% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que não houve diferença significante entre o peso do grupo experimental e o grupo controle.

Calculando-se o t-student para a 2ª medida do grupo experimental e do grupo controle tem-se o valor de 0,8948 para dezesseis graus de liberdade e significância de 38,414% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, afirma-se que não houve diferença significante entre o peso do grupo experimental e o grupo controle.

Calculando-se o t-student para a 3ª medida do grupo experimental e do grupo controle tem-se o valor de 1,8481 para dez graus de liberdade e significância de 9,434% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que não houve diferença significante entre o peso do grupo experimental e o grupo controle.

Conclui-se que não houve perdas de peso significativas para a amostra (grupo experimental) em relação ao grupo controle.

Já a Tabela 14 apresenta dados do Índice de Massa Corporal (IMC) de cada sujeito (n=8), no pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 14: Índice de Massa Corporal (IMC) da amostra.

Sujeitos	IMC - pré-teste	IMC - pós-teste	IMC - seguimento
I	31,0	31,3	31,1
II	35,7	35,5	36,5
III	35,9	34,8	35,1
IV	31,2	29,6	29,4
V	36,1	35,9	-
VI	35,6	35,7	36,7
VII	36,8	36,3	36,2
VIII	35,9	35,2	35,6

Em relação ao IMC entre o pré-teste e o pós-teste do grupo de intervenção notou-se que o Sujeito III deixou a categoria de obesidade II para a categoria de obesidade I, e o Sujeito IV deixou a categoria de obesidade I para a de sobrepeso. Essa mudança de classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) para esses sujeitos, serviu como fator para considerar que as perdas de peso apresentadas por eles, sejam consideradas as maiores deste estudo. Os outros sujeitos I, II, V, VI, VII e VIII mantiveram a mesma classificação em seus índices de massa corporal.

Análise do Roteiro de Entrevista I e II (n=8)

O Roteiro de Entrevista I (Anexo V) foi aplicado integralmente no pré-teste. No entanto, no pós-teste e seguimento utilizou-se apenas algumas questões de caráter diagnóstico, que encontram-se no Roteiro de Entrevista II (Anexo XIII).

Para avaliar as questões (n.º 1,2,3,4.2) do Roteiro de Entrevista I (Anexo V) que foi aplicado no pré-teste, e do Roteiro de Entrevista II (Anexo XIII) aplicado no pós-teste e no

seguimento, utilizou-se uma classificação de grupos de alimentos, fornecida por uma nutricionista. Os sub-grupos de alimentos não foram apresentados nessa avaliação, apenas pelo intuito de facilitar à compreensão dos dados. Essa classificação está descrita no item “Análise da Ficha de Automonitoramento”.

As respostas dos sujeitos referentes as questões números 1 e 4.2 foram analisadas estatisticamente, pelo teste do qui-quadrado a fim de dar maior confiabilidade aos resultados apresentados.

A avaliação das respostas dos sujeitos referentes a questão n.º 1 (quais alimentos você costuma comer?), entre o período do pré-teste, pós-teste e seguimento são descritas a seguir.

A Tabela 15 apresenta os dados referentes as respostas do Sujeito I, para a questão: quais alimentos você costuma comer, no período do pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 15: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a resposta do Sujeito I.

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	03	50,00	01	33,33	01	11,11
Reguladores	02	33,33	01	33,33	06	66,67
Energéticos	01	16,67	01	33,33	02	22,22
Outros	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Total	06	100,00	03	100,00	09	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 15 demonstraram que o Sujeito I respondeu no pré-teste e no pós-teste que costumava comer alimentos de todos os grupos alimentares, sem declarar uma preferência. No entanto, no seguimento o Sujeito I respondeu que costumava comer alimentos do Grupo dos Reguladores.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 3,33 para três graus de liberdade e significância de 34,30% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito I antes do programa de intervenção

respondeu que costumava comer os alimentos de todos os grupos, sem uma preferência significativa entre eles.

A resposta do período do pós-teste não pode ser analisada estatisticamente pelo teste do qui-quadrado de homogeneidade, pois a frequência apresentada foi de 3. No entanto, percentualmente percebeu-se que o Sujeito I manteve a resposta de não ter preferência por alimentos de algum grupo alimentar específico.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 9,22 para três graus de liberdade e significância de 2,65% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento, o Sujeito I respondeu que costumava comer mais alimentos do Grupo dos Reguladores.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os dois períodos supra-citados obteve-se o valor de 2,85 para dois graus de liberdade e significância de 24,084% (não significativo estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito I manteve o mesmo padrão de resposta, ou seja não demonstrou uma preferência significativa a nível estatístico entre os grupos de alimentos, nos dois períodos. Mesmo ao ter demonstrado maior preferência pelos alimentos do grupo dos Reguladores, no período do seguimento.

A Tabela 16 apresenta os dados referentes as respostas do Sujeito II, para a questão: quais alimentos você costuma comer, no período do pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 16: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a resposta do Sujeito II.

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	02	33,33	03	30,00	02	25,00
Reguladores	01	16,67	01	10,00	01	12,50
Energéticos	03	50,00	05	50,00	05	62,50
Outros	00	0,00	01	10,00	00	0,00
Total	06	100,00	10	100,00	08	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 16 demonstraram que o Sujeito II no pré-teste, no pós-teste e no seguimento não demonstrou uma preferência entre os grupos de alimentos, de acordo com suas respostas sobre o que costumava comer.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 3,33 para três graus de liberdade e significância de 34,30% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito II antes do programa de intervenção não havia uma preferência significativa entre os grupos de alimentos, que costumava consumir.

Já para o período de pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 4,40 para três graus de liberdade e significância de 22,14% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito II manteve após a intervenção uma ausência de preferência significativa entre os grupos de alimentos, que costumava consumir.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 7,00 para três graus de liberdade e significância de 7,19% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento, o Sujeito II também manteve a não preferência significativa entre os grupos de alimentos, que costumava consumir.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 1,44 para seis graus de liberdade e significância de 96,341% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito II manteve o mesmo padrão de resposta, ou seja não demonstrou preferência entre os grupos de alimentos, que costumava comer nesses três períodos.

A Tabela 17 apresenta os dados referentes a resposta do Sujeito III, para a questão: quais alimentos você costuma comer, no período do pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 17: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a resposta do Sujeito III .

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	03	30,00	02	20,00	03	23,08
Reguladores	07	70,00	04	40,00	04	30,77
Energéticos	00	00,00	04	40,00	06	46,15
Outros	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Total	10	100,00	10	100,00	13	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 17 demonstraram que o Sujeito III no pré-teste respondeu que costumava comer alimentos do Grupo dos Reguladores. No pós-teste e no seguimento não demonstrou uma preferência entre os grupos de alimentos, de acordo com suas respostas.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 13,20 para três graus de liberdade e significância de 0,42% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito III, antes do programa respondeu que costumava comer alimentos do Grupo dos Reguladores.

Já para o período de pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 4,40 para três graus de liberdade e significância de 22,14% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito III após a intervenção respondeu por não ter uma preferência significativa, entre os grupos de alimentos que costumava consumir.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 5,77 para três graus de liberdade e significância de 12,34% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento, o Sujeito III demonstrou com sua resposta um equilíbrio na preferência entre os grupos de alimentos, que costumava consumir.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 6,64 para 4 graus de liberdade e significância de 15,591% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito III

manteve a resposta de consumir alimentos dos diversos grupos de alimentos, sem apresentar uma preferência significativa estatisticamente, entre os grupos de alimentos, nos três períodos estudados.

A Tabela 18 apresenta os dados referentes a resposta do Sujeito IV, para a questão: quais alimentos você costuma comer, no período do pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 18: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a resposta do Sujeito IV .

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	06	50,00	02	28,57	03	37,50
Reguladores	00	00,00	04	57,14	03	37,50
Energéticos	06	50,00	01	14,29	02	25,00
Outros	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Total	12	100,00	07	100,00	08	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 18 demonstraram que o Sujeito IV no pré-teste respondeu que costumava comer mais alimentos do Grupos dos Construtores e dos Reguladores. No período do pós-teste costumava comer mais alimentos do Grupo dos Reguladores. No entanto, no seguimento respondeu que costumava comer alimentos do Grupo dos Reguladores e dos Construtores, seguido dos alimentos do Grupo dos Energéticos.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 12,00 para três graus de liberdade e significância de 0,74% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito IV antes do programa de intervenção costumava comer os alimentos dos Grupos dos Construtores e dos Energéticos.

Já para o período de pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 5,00 para três graus de liberdade e significância de 17,18% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito IV manteve após a intervenção a ausência de uma preferência significativa entre os grupos de alimentos que costumava consumir, ou seja um equilíbrio entre os grupos de alimentos que costumava consumir.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 3,00 para três graus de liberdade e significância de 39,16% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento, o Sujeito IV manteve a ausência de uma preferência significativa entre os alimentos que costumava consumir, ou seja um equilíbrio entre os grupos de alimentos, que costumava consumir.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 8,61 para quatro graus de liberdade e significância de 7,157% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito IV manteve a resposta de consumir alimentos dos diversos grupos, sem apresentar uma preferência significativa estatisticamente entre os grupos de alimentos, nos três períodos estudados.

A Tabela 19 apresenta os dados referentes as respostas do Sujeito V, para a questão: quais alimentos você costuma comer, no período do pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 19: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a resposta do Sujeito V .

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	02	33,33	04	30,77	00	
Reguladores	02	33,33	05	38,46	00	
Energéticos	02	33,33	04	30,77	00	
Outros	00	0,00	00	0,00	00	
Total	06	100,00	13	100,00	00	

Os dados sintetizados na Tabela 19 demonstraram que o Sujeito V no pré-teste e no pós-teste respondeu que costumava comer alimentos de todos os grupos de alimentos.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 2,00 para três graus de liberdade e significância de 57,24% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito V antes do programa de intervenção respondeu que não tinha uma preferência entre os grupos de alimentos.

Já para o período de pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 4,54 para três graus de liberdade e significância de 20,89% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito V manteve após a intervenção a ausência de uma preferência significativa entre os grupos de alimentos que costumava consumir, ou seja um equilíbrio entre os grupos de alimentos que costumava consumir.

Por ausência do Sujeito V na sessão de seguimento, não pode-se obter dados para realizar o cálculo estatístico deste período.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os dois períodos supra-citados obteve-se o valor de 0,05 para 2 graus de liberdade e significância de 97,707% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito V manteve a resposta de consumir alimentos dos diversos grupos de alimentos, sem apresentar uma preferência significativa estatisticamente, entre os grupos de alimentos, nos dois períodos estudados.

A Tabela 20 apresenta os dados referentes as respostas do Sujeito VI, para a questão: quais alimentos você costuma comer, no período do pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 20: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a resposta do Sujeito VI.

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	01	11,11	00	00,00	03	27,27
Reguladores	08	88,89	03	100,00	07	63,64
Energéticos	00	0,00	00	00,00	01	9,09
Outros	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Total	09	100,00	03	100,00	11	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 20 demonstraram que o Sujeito VI no pré-teste, no pós-teste e no seguimento respondeu que costumava comer alimentos do Grupos dos Reguladores.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 19,89 para três graus de liberdade e significância de 0,02% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito VI antes do programa de intervenção respondeu que costumava comer alimentos do Grupo dos Reguladores.

Não pode-se analisar o pós-teste estatisticamente, devido a frequência apresentada ser inferior que cinco. No entanto, percentualmente destacou-se a preferência por alimentos do Grupo dos Reguladores.

No seguimento tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 10,45 para três graus de liberdade e significância de 1,51% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito VI também, manteve a resposta de consumir alimentos do Grupo dos Reguladores, nesse período.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os dois períodos (pré-teste e seguimento) supra-citados obteve-se o valor de 1,89 para dois graus de liberdade e significância de 38,955% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito VI manteve sua resposta de estar acostumado a consumir mais alimentos do Grupo dos Reguladores.

A Tabela 21 apresenta os dados referentes as respostas do Sujeito VII, para a questão: quais alimentos você costuma comer, no período do pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 21: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a resposta do Sujeito VII.

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	00	0,00	00	0,00	01	12,50
Reguladores	07	100,00	05	83,33	06	75,00
Energéticos	00	00,00	01	16,67	01	12,50
Outros	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Total	07	100,00	06	100,00	08	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 21 demonstraram que o Sujeito VII no pré-teste, pós-teste e seguimento respondeu que costumava comer alimentos do Grupos dos Reguladores.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 21,00 para três graus de liberdade e significância de 0,01% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito VII antes do programa de intervenção respondeu que costumava comer os alimentos dos Grupos dos Reguladores.

Já para o período de pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 11,33 para três graus de liberdade e significância de 1,01% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito VII manteve sua resposta de estar mais acostumado a consumir mais alimentos do Grupo dos Reguladores.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 11,00 para três graus de liberdade e significância de 1,17% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento, o Sujeito VII também manteve sua resposta de estar acostumado a consumir mais alimentos do Grupo dos Reguladores.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 2,97 para 4 graus de liberdade e significância de 56,365% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito VII manteve sua resposta de estar acostumado a consumir mais alimentos do Grupo dos Reguladores, nos três períodos estudados.

A Tabela 22 apresenta os dados referentes as respostas do Sujeito VIII, para a questão: quais alimentos você costuma comer, no período do pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 22: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a resposta do Sujeito VIII.

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	00	0,00	02	25,00	03	50,00
Reguladores	00	0,00	05	62,50	02	33,33
Energéticos	03	100,00	01	12,50	01	16,67
Outros	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Total	03	100,00	08	100,00	06	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 22 demonstraram que o Sujeito VIII no pré-teste respondeu que costumava comer alimentos do Grupos dos Energéticos. No período do pós-teste e seguimento respondeu que costumava comer alimentos de todos os grupos de alimentos.

Para o pré-teste realizou-se uma análise percentual, devido a baixa frequência apresentada. Sendo que o Sujeito VIII antes do programa de intervenção respondeu que costumava comer mais os alimentos dos Grupos dos Energéticos (100%).

Já para o período de pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 7,00 para três graus de liberdade e significância de 7,19% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito VIII não apresentou uma preferência estatisticamente significante entre os grupos de alimentos, nesse período.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 3,33 para três graus de liberdade e significância de 34,30% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento, o Sujeito VIII manteve sua resposta, de não apresentar uma preferência estatisticamente significante entre os grupos de alimentos, nesse período.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 10,20 para 4 graus de liberdade e significância de 3,719% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito VIII apresentou mudanças por ter diminuindo o consumo de alimentos do Grupo dos Energéticos, e aumentado o consumo de alimentos do Grupo dos Reguladores e dos Construtores.

A Tabela 23 apresenta os dados referentes as respostas de todos os sujeitos, para a questão: quais alimentos você costuma comer, no período do pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 23: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente as respostas de todos os sujeitos.

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	17	28,81	14	23,33	16	25,40
Reguladores	27	45,76	28	46,67	29	46,03
Energéticos	15	25,42	17	28,33	18	28,57
Outros	00	0,00	01	1,67	00	0,00
Total	59	100,00	60	100,00	63	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 23 demonstraram que todos os sujeitos no pré-teste, pós-teste e seguimento responderam que costumavam comer alimentos do Grupos dos Reguladores.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 25,27 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que à maioria dos sujeitos antes do programa de intervenção responderam que costumavam comer os alimentos dos Grupos dos Reguladores.

Já para o período de pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 24,67 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que à maioria dos sujeitos responderam estarem acostumados a comerem mais alimentos do Grupo dos Reguladores.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 27,22 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento, a maioria dos sujeitos mantiveram sua resposta de estarem acostumados a consumir alimentos do Grupo dos Reguladores.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 2,53 para seis graus de liberdade e significância de 86,558% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que a maioria dos sujeitos mantiveram a resposta de que estavam acostumados a comerem mais alimentos do Grupo dos Reguladores.

Conclui-se que grande parte das respostas apresentadas pela maioria dos sujeitos, provavelmente estavam sob controle das regras sociais, ou seja, é adequado responder que se consome mais alimentos do Grupo dos Reguladores. No entanto, a realidade pode ser diferente e para confrontar esse dado ver as análises da questão número 4.2 e das fichas de automonitoramento.

A avaliação das respostas dos sujeitos à questão n.º 2 (cite quatro alimentos que você mais gosta de comer) entre os períodos do pré-teste, pós-teste e seguimento foram analisadas individualmente e percentualmente. Somente as respostas agrupadas dos sujeitos receberam tratamento estatístico pelo teste do qui-quadrado, devido o número de frequência absoluta apresentada.

O Sujeito I no pré-teste preferiu alimentos do Grupo dos Reguladores (100%). No pós-teste preferiu alimentos do Grupo dos Energéticos (50%). No seguimento não demonstrou uma preferência citando alimentos do Grupo dos Reguladores, Energéticos e Outros (33,33%, respectivamente).

O Sujeito II no pré-teste preferiu alimentos do Grupo dos Construtores (50,0%). No pós-teste e seguimento preferiu alimentos do Grupo dos Energéticos (50% e 66,67%, respectivamente).

O Sujeito III no pré-teste preferiu alimentos do Grupo dos Reguladores (100%). No pós-teste demonstrou preferência por alimentos do Grupo dos Construtores (40%), seguido dos alimentos do Grupo dos Reguladores (40%). No seguimento respondeu gostar mais de alimentos do Grupo dos Construtores (50%).

O Sujeito IV no pré-teste e pós-teste preferiu alimentos do Grupo dos Construtores (50%), seguido dos alimentos do Grupo dos Energéticos (50%). No seguimento preferiu alimentos do Grupo dos Construtores (40%).

O Sujeito V no pré-teste preferiu alimentos do Grupo dos Energéticos (75%). No pós-teste preferiu alimentos do Grupo dos Reguladores (50%). O seguimento não foi avaliado devido a ausência do sujeito.

O Sujeito VI no pré-teste preferiu alimentos do Grupo dos Construtores (50%). No pós-teste e seguimento houve maior preferência pelos alimentos do Grupo dos Reguladores (75% e 100%, respectivamente).

O Sujeito VII no pré-teste e pós-teste preferiu alimentos do Grupo dos Reguladores (100% em ambos). No seguimento preferiu alimentos do Grupo dos Construtores (50%), seguido dos alimentos do Grupo dos Reguladores (50%).

O Sujeito VIII no pré-teste preferiu alimentos do Grupo dos Construtores (50%), seguido dos alimentos do Grupo dos Reguladores (40%). No pós-teste preferiu alimentos do Grupo dos Reguladores (40%), seguido de alimentos do Grupo dos Energéticos (40%). No seguimento preferiu alimentos do Grupo dos Reguladores (75%).

A Tabela 24 apresenta os dados referentes as respostas de todos os sujeitos, para a questão: cite quatro alimentos que você mais gosta de comer. Nos três períodos pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 24 Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente as respostas de todos os sujeitos sobre os alimentos que mais gostam de comer.

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	08	24,24	07	19,44	07	26,92
Reguladores	17	51,52	15	41,67	12	46,15
Energéticos	08	24,24	12	33,33	06	23,08
Outros	00	0,00	02	5,56	01	3,85
Total	33	100,00	36	100,00	26	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 24 demonstraram que todos os sujeitos no pré-teste, pós-teste e seguimento responderam preferir alimentos do Grupos dos Reguladores.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obtêm-se o valor de 17,55 para três graus de liberdade e significância de 0,05% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que a maioria dos sujeitos antes do programa de intervenção responderam que gostavam de alimentos dos Grupos dos Reguladores.

Já para o período de pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 10,89 para três graus de liberdade e significância de 1,23% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que a maioria dos sujeitos responderam gostar mais alimentos do Grupo dos Reguladores, seguido dos alimentos do Grupo dos Energéticos.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 9,38 para três graus de liberdade e significância de 2,46% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento, a maioria dos sujeitos mantiveram sua resposta de gostarem mais de alimentos do Grupo dos Reguladores.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 3,25 para seis graus de liberdade e significância de 77,710% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que não houve mudanças, durante os três períodos os sujeitos responderam gostar mais de alimentos do Grupo dos Reguladores.

Os resultados apontaram que a maioria dos sujeitos disseram preferir alimentos do Grupo dos Reguladores. Entende-se que essa preferência está corroborando com a avaliação dos alimentos costumeiramente consumidos pelos sujeitos, de acordo com a questão n.º 1.

As respostas individuais dos sujeitos da amostra, referentes a questão n.º 3 (cite quatro alimentos que você menos gosta de comer) foram analisadas percentualmente. Somente as respostas agrupadas dos sujeitos receberam tratamento estatístico pelo teste do qui-quadrado, devido o número de frequência absoluta apresentada.

O Sujeito I no pré-teste respondeu gostar menos de alimentos do Grupo dos Reguladores (100%). No pós-teste e seguimento respondeu gostar menos de alimentos do Grupo dos Construtores (100%, respectivamente).

O Sujeito II no pré-teste, pós-teste e seguimento respondeu gostar menos de alimentos do Grupo dos Construtores (100%, 66,67% e 75%, respectivamente).

O Sujeito III no pré-teste e pós-teste respondeu gostar menos de alimentos do Grupo dos Reguladores (100% e 75%, respectivamente). No seguimento respondeu gostar menos de alimentos do Grupo dos Energéticos (66,67%).

O Sujeito IV no pré-teste e seguimento respondeu gostar menos de alimentos do Grupo dos Reguladores (100% e 50%, respectivamente). No pós-teste respondeu gostar menos de alimentos do Grupo dos Construtores (50%), seguido dos alimentos do Grupo dos Reguladores (50%).

O Sujeito V no pré-teste e pós-teste respondeu gostar menos de alimentos do Grupo dos Construtores (100%, respectivamente).

O Sujeito VI no pré-teste e seguimento respondeu gostar menos de alimentos do Grupo dos Construtores (100%, respectivamente). No pós-teste respondeu gostar menos de alimentos do Grupo dos Construtores e do Grupo dos Reguladores (50% e 50%, respectivamente).

O Sujeito VII no pré-teste respondeu não ter alimentos que menos goste. No pós-teste e seguimento respondeu gostar menos de alimentos do Grupo dos Reguladores (100% e 75%, respectivamente)

O Sujeito VIII no pré-teste respondeu gostar menos de alimentos do Grupo dos Construtores (100%). No pós-teste e seguimento respondeu gostar menos de alimentos do Grupo dos Reguladores (100%, respectivamente).

A Tabela 25 apresenta os dados referentes as respostas de todos os sujeitos, para a questão: cite quatro alimentos que você menos gosta de comer. Nos três períodos pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 25: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente as respostas de todos os sujeitos sobre os alimentos que menos gostam de comer.

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	08	50,00	10	43,48	09	40,91
Reguladores	08	50,00	12	52,17	09	40,91
Energéticos	00	0,00	01	4,35	04	18,18
Outros	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Total	16	100,00	23	100,00	22	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 25 demonstraram que todos os sujeitos no pré-teste, pós-teste e seguimento responderam preferir menos alimentos do Grupos dos Reguladores e alimentos do Grupo dos Construtores.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste tem-se o valor de 16,00 para três graus de liberdade e significância de 0,11% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que a maioria dos sujeitos antes do programa de intervenção responderam que gostavam menos de alimentos do Grupos dos Construtores, seguido de alimentos do Grupos dos Reguladores.

Já para o período de pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 19,61 para três graus de liberdade e significância de 0,02% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que a maioria dos sujeitos responderam que gostavam menos de alimentos do Grupos dos Reguladores, seguido de alimentos do Grupos dos Construtores.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 10,36 para três graus de liberdade e significância de 1,57% (significante estatisticamente ao nível de 0,05).

No seguimento, a maioria dos sujeitos mantiveram sua resposta de gostarem menos de alimentos do Grupos dos Reguladores, seguido de alimentos do Grupos dos Construtores.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 4,91 para quatro graus de liberdade e significância de 29,677% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que não houve mudanças, durante os três períodos os sujeitos responderam gostar menos de alimentos do Grupos dos Reguladores, seguido de alimentos do Grupos dos Construtores.

Notou-se que as respostas dos sujeitos sobre os alimentos que menos gostam incluem os alimentos do Grupo dos Reguladores, o qual também foi segundo respostas dos próprios sujeitos, os alimentos mais preferidos. Destacou-se a incoerência entre as respostas, dos alimentos mais preferidos, também serem os mais preteridos. Possivelmente esse dado seja um indicador, de que as respostas dos sujeitos estavam sob controle de uma regra social, ou seja ao ser entrevistado sobre hábitos alimentares, deve-se dizer que gosta-se de verduras e legumes (Grupo dos Reguladores), o que não necessariamente condiz com o realidade da alimentação diária.

De acordo com afirmações dos próprios sujeitos não foi fácil responderem sobre os alimentos que gostavam, e nem dos que não gostavam, pois os sujeitos afirmavam que gostavam de quase todos os alimentos. Levanta-se a hipótese de que alguns indivíduos obesos possuem baixo nível de discriminação sobre suas preferências alimentares, devido o processo de aprendizagem em vigor ter sido de generalização, ou seja gosta se de qualquer alimento, e não de alguns alimentos em específico, pois o importante é que seja comida (estímulo reforçador).

A avaliação da questão 4 (quantas refeições você faz por dia) entre o pré-teste, pós-teste e seguimento, tem seu dados apresentados na Tabela 26.

Tabela 26: Número de refeições dos sujeitos da amostra (n=8).

Períodos	Sujeitos / Número de refeições							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Pré-teste	4	3	3	3	4	3	3	4
Pós-teste	4	2	3	3	4	3	3	2
Seguimento	3	1	5	3	-	4	3	3

O Sujeito I manteve o número de refeições no pré-teste e pós-teste, e diminuiu no seguimento.

O Sujeito II diminuiu progressivamente o número de refeições nas três avaliações.

Os sujeitos III e VI mantiveram o número de refeições no pré-teste e pós-teste, e aumentaram no seguimento.

Os sujeitos IV, V e VII mantiveram o número de refeições nas avaliações realizadas.

O Sujeito VIII oscilou o número de refeições, sendo que diminuiu no pós-teste em relação ao pré-teste, e aumentou no seguimento.

Ao comparar o número de refeições com o peso descrito na tabela 12 (Comparação do peso inicial com o peso final da amostra), detectou-se que os sujeitos III e IV que tiveram as maiores perdas de peso, um deles aumentou o número de refeições e o outro manteve o número de refeições. Enquanto que os sujeitos I e VI que tiveram ganho de peso, um deles diminuiu o número de refeições e o outro aumentou o número de refeições. Concluiu-se que ao comparar as variáveis do número de refeições e o peso, neste estudo não foi encontrado nenhum dado que relacione perda ou ganho de peso com o aumento ou a diminuição do número de refeições. O pequeno número de sujeitos da amostra dificultou a correlação entre as variáveis número de refeições e peso.

A avaliação da questão 4.1 (quais são) entre o pré-teste, pós-teste e seguimento, tem seus dados apresentados na Tabela 27.

Tabela 27: Quais são as refeições realizadas pelos sujeitos da amostra (n=8).

suj.	café da manhã/desjejum			almoço			café da tarde			jantar			lanche		
	pré	pós	seg.	pré	pós	seg.	pré	pós	seg.	pré	pós	seg.	pré	pós	seg.
I	X	X	X	X	X	X				X			X	X	X
II	X	X		X	X	X				X					
III	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X			X
IV	X	X	X	X	X	X							X	X	X
V	X	X	F	X	X	F	X	X	F			F	X	X	F
VI	X	X	X	X	X	X							X	X	X
VII	X	X	X	X	X	X				X		X		X	
VIII	X		X	X	X	X				X			X	X	X

Legenda: suj. = sujeitos; pré = pré-teste; pós = pós-teste; seg. = seguimento; X = refeição realizada; F= faltou.

O café da manhã/desjejum era realizado por todos os sujeitos (n=8) no pré-teste, no pós-teste (n=8) e seguimento (n=7) apenas um sujeito não realizava essa refeição. O almoço era realizado por todos os sujeitos no pré-teste, no pós-teste e seguimento. O café da tarde era realizado por um sujeito no pré-teste, pós-teste e no seguimento. No pré-teste três sujeitos que jantavam não realizavam o lanche, e três sujeitos que lanchavam não jantavam. Entretanto, havia dois sujeitos que jantavam e lanchavam. No pós-teste apenas um sujeito jantava, enquanto seis sujeitos tomavam lanche. No seguimento eram dois sujeitos que jantavam e cinco que tomavam lanche.

Pode-se entender por esses dados que as principais refeições para os sujeitos eram o café da manhã e o almoço. Ocorrendo um decréscimo das refeições realizadas ao final do dia e a noite, provavelmente porque a digestão noturna torna-se mais difícil na terceira idade.

Notou-se que houve uma preferência por lanche a noite, ao invés do jantar. Levantou-se a hipótese de que no lanche havia maior consumo de alimentos (Grupo dos Energéticos) que dão sensação de saciedade, são mais fáceis de serem consumidos exigindo pouco ou nenhum tipo de preparo.

A Figura 7 apresenta os dados sobre as refeições realizadas pelos sujeitos da amostra.

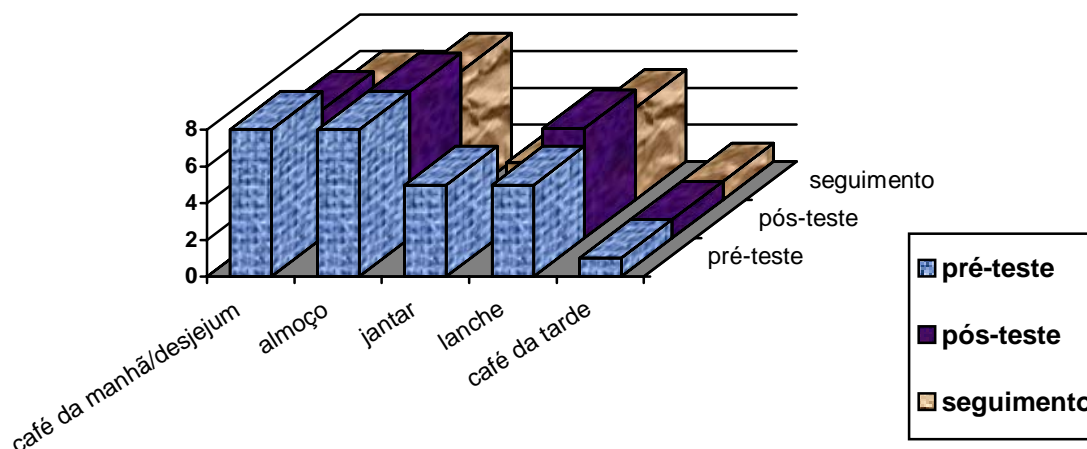


Figura 7: Refeições realizadas pelos sujeitos da amostra.

A avaliação da questão 4.2 (descreva o que você, geralmente, come em cada uma das refeições citadas) entre o pré-teste, pós-teste e seguimento, foi analisada estatisticamente.

A Tabela 28 apresenta os dados referentes a descrição do Sujeito I, para a questão: descreva o que você, geralmente, come em cada uma das refeições citadas, no período do pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 28: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente as respostas do Sujeito I.

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	03	27,27	04	33,33	05	33,33
Reguladores	01	9,09	03	25,00	03	20,00
Energéticos	06	54,55	05	41,67	07	46,67
Outros	01	9,99	00	0,00	00	0,00
Total	11	100,00	12	100,00	15	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 28 demonstraram que o Sujeito I no pré-teste, no período de pós-teste e no seguimento não apresentou diferenças em suas descrições, sobre o que geralmente consumia.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obtêm-se o valor de 6,09 para três graus de liberdade e significância de 10,73% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito I antes do programa de intervenção descreveu que comia os alimentos de todos os grupos alimentares, sem uma preferência significativa.

Já para o período de pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 4,67 para três graus de liberdade e significância de 19,79% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito I manteve após a intervenção, uma ausência de preferência significativa entre os alimentos que descrevia consumir.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 7,13 para três graus de liberdade e significância de 6,78% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento, o Sujeito I também manteve ausência de uma preferência significativa entre os alimentos que descrevia consumir.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 2,74 para seis graus de liberdade e significância de 84,125% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito I manteve a mesma descrição do consumo dos alimentos, ou seja não demonstrou uma preferência significativa entre os grupos de alimentos, nos três períodos.

A Tabela 29 apresenta os dados referentes a descrição do Sujeito II, para a questão: descreva o que você, geralmente, come em cada uma das refeições citadas, no período do pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 29: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente as respostas do Sujeito II .

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	03	42,86	03	33,33	02	16,67
Reguladores	00	0,00	01	11,11	00	0,00
Energéticos	04	57,14	04	44,44	09	75,00
Outros	00	0,00	01	11,11	01	8,33
Total	07	100,00	09	100,00	12	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 29 demonstraram que o Sujeito II no pré-teste, no pós-teste não demonstrou uma descrição de preferência entre os alimentos. No entanto, o seguimento demonstrou um consumo maior de alimentos do Grupo dos Energéticos, em sua descrição.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obtêm-se o valor de 7,29 para três graus de liberdade e significância de 6,33% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito II antes do programa de intervenção descreveu que comia os alimentos de todos os grupos alimentares, sem uma preferência significativa.

Já para o período de pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 3,00 para três graus de liberdade e significância de 39,16% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito II manteve após a intervenção, a ausência de uma preferência significativa entre os grupos de alimentos que costumava consumir.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 16,67 para três graus de liberdade e significância de 0,08% (significativa estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento, o Sujeito II apresentou uma descrição de consumir mais alimentos do Grupo dos Energéticos.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 4,81 para seis graus de liberdade e significância de 56,834% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito II, manteve a mesma descrição do grupo de alimentos consumidos, ou seja não demonstrou uma mudança do consumo alimentar.

A Tabela 30 apresenta os dados referentes a descrição do Sujeito III, para a questão: descreva o que você, geralmente, come em cada uma das refeições citadas, no período do pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 30: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente as respostas do Sujeito III .

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	04	44,44	04	28,57	06	27,27
Reguladores	01	11,11	05	35,71	07	31,82
Energéticos	04	44,44	05	35,71	09	40,91
Outros	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Total	09	100,00	14	100,00	22	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 30 demonstraram que o Sujeito III no pré-teste e no pós-teste não demonstrou uma descrição de preferência entre os grupos de alimentos. No entanto, no seguimento descreveu um consumo maior de alimentos do Grupo dos Energéticos.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obtêm-se o valor de 5,67 para três graus de liberdade e significância de 12,90% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito III, antes do programa descreveu que costumava comer alimentos dos diversos grupos alimentares, sem uma preferência.

Já para o período de pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 4,86 para três graus de liberdade e significância de 18,26% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito III após a intervenção descreveu não ter uma preferência significativa entre os grupos de alimentos que consumia.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 8,18 para três graus de liberdade e significância de 4,24% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento, o Sujeito III descreveu uma preferência pelo consumo de alimentos do Grupo dos Energéticos.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 2,04 para 4 graus de liberdade e significância de 72,905% (não

significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito III manteve uma descrição no consumo de alimentos dos diversos grupos alimentares, sem apresentar uma preferência significativa estatisticamente.

A Tabela 31 apresenta os dados referentes a descrição do Sujeito IV, para a questão: descreva o que você, geralmente, come em cada uma das refeições citadas, no período do pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 31: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente as respostas do Sujeito IV .

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	01	20,00	02	16,67	02	20,00
Reguladores	00	00,00	05	41,67	03	30,00
Energéticos	04	80,00	05	41,67	05	50,00
Outros	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Total	05	100,00	12	100,00	10	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 31 demonstraram que o Sujeito IV no pós-teste e seguimento não demonstrou uma descrição de preferência entre os grupos de alimentos. No entanto, no pré-teste descreveu um consumo maior de alimentos do Grupo dos Energéticos.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obtêm-se o valor de 8,60 para três graus de liberdade e significância de 3,51% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito IV antes do programa de intervenção descreveu que comia mais alimentos do Grupos dos Energéticos.

Já para o período de pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 6,00 para três graus de liberdade e significância de 11,16% (não significativo estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito IV após a intervenção descreveu uma ausência de preferência significativa entre os grupos de alimentos que consumia.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 5,20 para três graus de liberdade e significância de 15,77% (não significativo estatisticamente ao nível de

0,05). No seguimento, o Sujeito IV manteve a descrição de ausência de preferência significativa entre os grupos de alimentos que consumia.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 3,12 para 4 graus de liberdade e significância de 53,804% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito IV manteve a descrição de consumir alimentos dos diversos grupos de alimentos, sem apresentar uma preferência significativa estatisticamente, entre os grupos de alimentos, nos três períodos estudados.

A Tabela 32 apresenta os dados referentes a descrição do Sujeito V, para a questão: descreva o que você, geralmente, come em cada uma das refeições citadas, no período do pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 32: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente as respostas do Sujeito V .

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	06	37,50	07	36,84	00	
Reguladores	02	12,50	06	31,58	00	
Energéticos	08	50,00	06	31,58	00	
Outros	00	0,00	00	0,00	00	
Total	16	100,00	19	100,00	00	

Os dados sintetizados na Tabela 32 demonstraram que o Sujeito V no pré-teste descreveu consumir mais alimentos do Grupo dos Energéticos e no pós-teste respondeu que costumava comer alimentos de todos os grupos alimentares.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obtêm-se o valor de 10,00 para três graus de liberdade e significância de 1,86% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito V antes do programa de intervenção descreveu que consumia mais alimentos do Grupo dos Energéticos.

Já para o período de pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 6,47 para três graus de liberdade e significância de 9,07% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito V após a intervenção descreveu uma ausência de preferência significativa entre os grupos de alimentos que consumia.

Por ausência do Sujeito V não tem-se dados para calcular o seguimento.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os dois períodos supra-citados obteve-se o valor de 2,12 para 2 graus de liberdade e significância de 34,627% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito V em sua descrição do consumo dos grupos de alimentos não apresentou mudanças significativas a nível estatístico, nos dois períodos estudados.

A Tabela 33 apresenta os dados referentes a descrição do Sujeito VI, para a questão: descreva o que você, geralmente, come em cada uma das refeições citadas, no período do pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 33: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente as respostas do Sujeito VI.

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	04	50,00	06	42,86	05	35,71
Reguladores	03	37,50	02	14,29	03	21,43
Energéticos	01	12,50	06	42,86	06	42,86
Outros	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Total	08	100,00	14	100,00	14	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 33 demonstraram que o Sujeito VI no pré-teste, no pós-teste e no seguimento descreveu que comia alimentos de todos os grupos alimentares.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obtêm-se o valor de 5,00 para três graus de liberdade e significância de 17,18% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito VI antes do programa de intervenção descreveu que não havia uma preferência entre os grupos alimentares.

Já para o período de pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 7,71 para três graus de liberdade e significância de 5,23% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito VI manteve após a intervenção a descrição de consumir alimentos dos diversos grupos alimentares sem uma preferência entre eles.

No seguimento tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 6,00 para três graus de liberdade e significância de 11,16% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito VI também, manteve a descrição de consumir alimentos dos diversos grupos alimentares.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 3,09 para quatro graus de liberdade e significância de 54,352% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito VI manteve sua descrição de não ter um grupo preferível, ou seja não apresentou mudanças significativas a nível estatístico, nos três períodos estudados.

A Tabela 34 apresenta os dados referentes a descrição do Sujeito VII, para a questão: descreva o que você, geralmente, come em cada uma das refeições citadas, no período do pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 34: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente as respostas do Sujeito VII.

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	00	0,00	06	42,86	03	21,43
Reguladores	04	66,67	02	14,29	06	42,86
Energéticos	02	33,33	06	42,86	05	35,71
Outros	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Total	06	100,00	14	100,00	14	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 34 demonstraram que o Sujeito VII no pré-teste, pós-teste e seguimento descreveu que comia alimentos dos diversos grupos de alimentos.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obtêm-se o valor de 7,33 para três graus de liberdade e significância de 6,20% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito VII antes do programa de intervenção descreveu consumir alimentos dos diversos grupos alimentares.

Já para o período de pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 7,71 para três graus de liberdade e significância de 5,23% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito VII manteve sua descrição de estar consumindo alimentos dos diversos grupos alimentares.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 6,00 para três graus de liberdade e significância de 11,16% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento, o Sujeito VII também manteve sua descrição de consumir alimentos dos diversos grupos alimentares.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 6,93 para quatro graus de liberdade e significância de 13,948% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito VII manteve sua descrição de estar consumindo alimentos dos diversos grupos alimentares, ou seja não houve mudança significativa, nos três períodos estudados.

A Tabela 35 apresenta os dados referentes a descrição do Sujeito VIII, para a questão: descreva o que você, geralmente, come em cada uma das refeições citadas, no período do pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 35: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente as respostas do Sujeito VIII.

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	03	27,27	04	40,00	05	31,25
Reguladores	02	18,18	03	30,00	07	43,75
Energéticos	06	54,55	03	30,00	04	25,00
Outros	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Total	11	100,00	10	100,00	16	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 35 demonstraram que o Sujeito VIII no pré-teste, pós-teste e seguimento descreveu que comia alimentos dos diversos grupos alimentares.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obtêm-se o valor de 6,82 para três graus de liberdade e significância de 7,79% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito VIII antes do programa de intervenção descreveu que comia alimentos dos diversos grupos alimentares.

Já para o período de pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 3,60 para três graus de liberdade e significância de 30,80% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito VIII não descreveu uma preferência estatisticamente significativa entre os grupos de alimentos, nesse período.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 6,50 para três graus de liberdade e significância de 8,97% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento, o Sujeito VIII manteve sua descrição, de não apresentar uma preferência estatisticamente significativa entre os grupos de alimentos, nesse período.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 3,34 para quatro graus de liberdade e significância de 50,340% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito VIII descreveu que não houve mudanças no consumo dos grupos de alimentos, nos três períodos estudados.

A Tabela 36 apresenta os dados referentes a descrição de todos os sujeitos, para a questão: descreva o que você, geralmente, come em cada uma das refeições citadas, no período do pré-teste, pós-teste e seguimento.

Tabela 36: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente as respostas de todos os sujeitos.

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	24	32,88	36	34,62	28	27,18
Reguladores	13	17,81	27	25,96	29	28,16
Energéticos	35	47,95	40	38,46	45	43,69
Outros	01	1,37	01	0,96	01	0,97
Total	73	100,00	104	100,00	103	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 36 demonstraram que todos os sujeitos no pré-teste, pós-teste e seguimento descreveram consumir mais alimentos do Grupo dos Energéticos.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obtêm-se o valor de 35,00 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que a maioria dos sujeitos antes do programa de intervenção descreveram comer mais alimentos do Grupo dos Energéticos.

Já para o período de pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 35,46 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que a maioria dos sujeitos descreveram comer mais alimentos do Grupo dos Energéticos, seguido dos alimentos do Grupo dos Construtores.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 38,79 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento, a maioria dos sujeitos descreveram consumir mais alimentos do Grupo dos Energéticos.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 3,96 para seis graus de liberdade e significância de 68,256% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que não houve mudança significativa a nível estatístico da descrição dos grupos de alimentos consumidos.

Conclui-se que a maioria dos sujeitos responderam estarem acostumados a consumirem mais alimentos do Grupo dos Energéticos. Esses dados confrontam-se com as

resposta obtidas na questão número 1 (quais alimentos você costuma comer) que apontaram maior consumo de alimentos do Grupo dos Reguladores. Destacou-se que questões mais detalhadas, como a descrição dos alimentos consumidos trouxeram informações mais precisas, e provavelmente mais próximas do que ocorre na realidade.

A questão: alguma vez teve problemas de saúde em função do excesso de peso? Aplicada no pré-teste, apresentou os seguintes resultados: quatro sujeitos responderam que não, e quatro sujeitos responderam que sim. Dos quatro sujeitos que responderam sim, as doenças citadas (questão - quais?) foram: ronco, colesterol, respiração ofegante, sensação de cansaço, Diabetes e dores no joelho. Desses quatro sujeitos (questão - o que fez?) teve três sujeitos que procuraram ajuda médica e um sujeito procurou fazer acupuntura.

A questão: você já fez algum tipo de dieta alimentar para redução de peso por motivo de doença? Aplicada no pré-teste apresentou os seguintes resultados, três sujeitos responderam que sim, e cinco sujeitos responderam que não. Dos sujeitos que responderam sim para realização de dieta, na questão (que tipo de dieta?) um sujeito diminuiu o consumo de carne, outro sujeito utilizou um cardápio alimentar, um sujeito utilizou de uma dieta a base de sopa. Na questão (obteve sucesso?) todos os três sujeitos que fizeram dieta obtiveram sucesso.

A questão: já fez algum tipo de dieta alimentar por questões estéticas? Aplicada no pré-teste apresentou os seguintes resultados, cinco sujeitos responderam que sim, três sujeitos responderam que não. Na questão (qual dieta?) dos cinco sujeitos que responderam sim, para realização de dieta, quatro deles utilizou medicamentos (fórmula) e um sujeito usou apenas uma dieta alimentar. Dos quatro sujeitos que utilizaram medicação, um sujeito fez cirurgia para retirada de gordura do abdômen e um sujeito fez uso de medicação associado com dieta.

A questão (obteve sucesso?) todos os cinco sujeitos que fizeram dieta alcançaram sucesso.

A questão: Você já teve problemas sociais relacionados ao excesso de peso? Aplicada no pré-teste, apresentou os seguintes resultados, cinco sujeitos responderam que sim, e três sujeitos responderam que não. Dos cinco sujeitos que responderam já ter tido problemas sociais relacionados ao excesso de peso, os relatos (questão como isso aconteceu?) são de perda da atratividade sexual para um sujeito, gozação para um sujeito, ordem (comando) de outros para emagrecer por um sujeito; afirmação de estar gordo por outra pessoa para um sujeito, e de que vai engordar se continuar comendo desse jeito para um sujeito.

A questão: alguma vez você apresentou "ataques" à comida ou comeu demais que chegou a passar mal? Aplicada no pré-teste, apresentou os seguintes resultados, quatro sujeitos responderam que não e quatro sujeitos responderam que sim. Dos quatro sujeitos que responderam que sim, na questão (dê um exemplo) um sujeito relatou que comeu muito chocolate, um sujeito comeu demais numa festa, um sujeito contou que foi uma comida muito gostosa que a esposa preparou, um sujeito comeu o que tinha em casa. A questão (qual a frequência destes "ataques" em sua vida?) dois sujeitos tiveram apenas um episódio. Enquanto que os outros dois sujeitos contaram que a frequência seria de uma vez por semana para um sujeito, e para o outro sujeito uma vez por mês.

A questão: em que local faz suas refeições? Foi aplicada no pré-teste, pós-teste e seguimento, a Tabela 37 apresenta os dados sobre o local das refeições.

Tabela 37: Local das refeições dos sujeitos da amostra.

Sujeitos	pré-teste	pós-teste	seguimento
I	cozinha	em frente a tv	mesa
II	sala	cozinha	cozinha/sala
III	sala (tv)	sala	copa (sem assistir tv)
IV	cozinha (mesa)	cozinha	cozinha (mesa)
V	cozinha (mesa)	cozinha	-
VI	sala (mesa)	sala	sala (mesa)
VII	cozinha	cozinha	cozinha (mesa)
VIII	sala (tv)	sala	copa (sem assistir tv)

No pré-teste, pós-teste e seguimento os sujeitos citaram realizar suas refeições na cozinha, mesa, copa, frente da tv e na sala. Durante a intervenção foi trabalhada uma orientação para não realizar atividades paralelas no momento das refeições e eleger apenas um local da casa para fazer as refeições. Ao comparar o pré-teste e o pós-teste observou-se que apenas os sujeitos I e II tiveram modificações no local das refeições, enquanto que os outros sujeitos mantiveram o mesmo local das refeições. No seguimento quatro sujeitos citaram a mesa como local e dois sujeitos lembraram que era sem assistir tv.

A questão: se for em casa, tem alguém que prepara suas refeições? Aplicada no pré-teste, pós-teste e seguimento, os dados são apresentados na Figura 8.

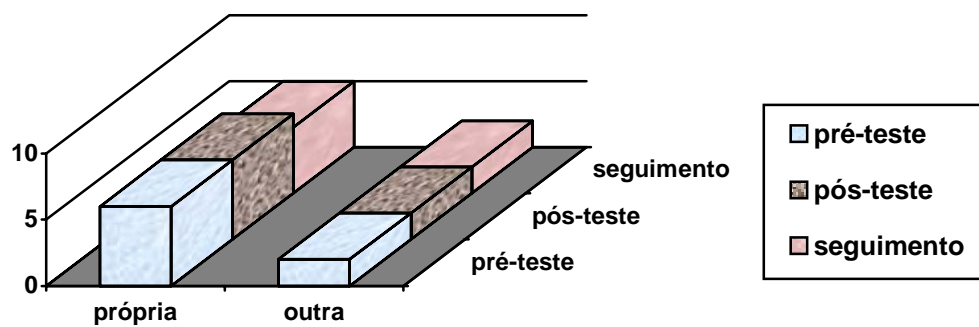


Figura 8: Quem prepara as refeições dos sujeitos da amostra.

No pré-teste (n=8), pós-teste (n=8) e seguimento (n=7) a maioria dos sujeitos eram mulheres e preparavam sua própria refeição, apenas os dois sujeitos que eram homens não preparavam suas refeições, e citaram as esposas como responsáveis pelo preparo.

A questão: você se considera obeso? Aplicada no pré-teste, pós-teste e seguimento, têm seus dados apresentados na tabela 38.

Tabela 38: Considera-se obeso?

Sujeitos	pré-teste	pós-teste	seguimento
I	sim	sim	sim
II	sim	sim	sim
III	sim	não	sim
IV	não	sim	sim
V	sim	sim	-
VI	não	não	não
VII	sim	sim	sim
VIII	sim	sim	sim

No pré-teste seis sujeitos responderam que se consideravam obesos, e dois sujeitos responderam que não se consideravam obesos.

Dos seis sujeitos que responderam se considerar obesos, dois referiram-se as roupas não servirem mais, outros dois sujeitos referiram-se ao desejo de perder peso, um sujeito contou que necessitava fazer dieta, e um sujeito contou que engordou depois do Natal. Dos dois sujeitos que responderam não se considerarem obesos, um sujeito se sentia bem, apenas se considerava obesa quando estava de vestido, e um sujeito não gostava das gozações. Mesmo não se considerando obesos, esses dois sujeitos destacaram aspectos negativos da obesidade.

No pós-teste houve alteração de conceito de obeso para os sujeitos III e IV. O Sujeito II relatou achar que havia diminuído o peso, principalmente a barriga, e o Sujeito IV devido o relato dos amigos que o chamavam de gordo. No seguimento o Sujeito III voltou a se considerar obeso, o restante do grupo manteve a mesma resposta do pós-teste.

A questão: há outros indivíduos obesos na família? Aplicada no pré-teste apresentou que todos os oito sujeitos relataram ter indivíduos obesos na família. O que levantou a hipótese de influência genética para a obesidade nesta amostra.

As questões: realiza alguma atividade física; o que faz; quantas horas por semana realiza atividade física? Essas questões foram aplicadas no pré-teste, pós-teste e seguimento e os dados são apresentados na Tabela 39.

Tabela 39: Atividade física dos sujeitos da amostra.

Sujeitos	pré-teste	pós-teste	seguimento
I	caminha/1h./3x por semana	anda/1h. 3x por semana; ginástica/3x por semana/2 x ao mês.	alongamento; ginástica; caminhada/1 h. por semana
II	caminha/1h./5x por semana	Caminha/1h./5x por semana	Não estava fazendo atividade/doente
III	caminha/10 min. de 15 em 15 dias	Caminha/10 min./3x por dia	Anda/1h ou 1h 30min. por dia
IV	Nenhuma atividade física	Caminha/1h./1x ou 2x por semana	Anda/1h. 30min./2x por semana; abdominal/3x por semana
V	Não faz atividades físicas (orientação médica)	Não faz atividades físicas (orientação médica)	-
VI	caminha/1h./por dia	Caminha/1h./por dia	Anda/40-60 min./3x por dia
VII	caminha/1h./5x por semana	Caminha/1h./5x por semana	Não estava fazendo atividade física
VIII	Caminha/1h./5x por semana	Caminha/1h./5x ou 6x por semana; ginástica/1h./3x por semana	Ginástica e dança/ 2-3x por semana

Legenda: h indica hora, min. indica minutos, e o X indica vezes.

No pré-teste seis sujeitos relataram fazer atividade física e dois sujeitos não faziam atividade física. Sendo que cinco sujeitos faziam caminhada e um sujeito fazia caminhada na esteira. Em relação ao tempo de atividade física tem-se que três sujeitos faziam cinco vezes por semana (de segunda-feira à sexta-feira) uma hora de atividade, um sujeito fazia todo dia uma hora de atividade, um sujeito caminhava na esteira 10 minutos de 15 em 15 dias, um sujeito fazia caminhada de uma hora três vezes por semana. No pós-teste sete sujeitos estavam realizando alguns tipo de atividade física, somente um sujeito não recebeu autorização médica para atividade física. Os sujeitos I, III, IV e VIII aumentaram o tempo de atividade, sendo que os sujeitos I e VIII acrescentaram mais uma atividade física. No seguimento apenas os sujeitos III e IV aumentaram o tempo de atividade física, sendo que o Sujeito IV acrescentou

mais uma atividade. Os sujeitos I e VI diminuíram os dias de atividade física. O Sujeito VIII acrescentou uma atividade física (dança) e tirou outra (andar).

Destacou-se o fato de que os sujeitos III e IV que aumentaram o tempo de atividade física, esses sujeitos foram os que mais diminuíram o peso (3,000 kg e 4,500 kg, respectivamente), destacando a importância de realizar a atividade física.

A questão: tem algum tipo de doença? Aplicada no pré-teste apontou os seguintes resultados: dois sujeitos responderam não ter nenhum tipo de doença, e seis sujeitos relataram terem doenças. Sendo que quatro sujeitos afirmaram apresentar Hipertensão, desses um sujeito apresentou Lúpus, outro sujeito apresentou problemas cardíacos e outro sujeito apresentou problemas no intestino e próstata. Um sujeito relatou ter Diabetes e um sujeito apresentou dor nas costas.

Todos os sujeitos que responderam ter doenças faziam uso de medicação (questão: faz uso de alguma medicação).

Dos dois sujeitos que relataram não ter doenças, um deles fazia uso de medicação para manutenção, segundo próprio sujeito, e um sujeito não fazia uso de nenhum medicamento.

Análise da ficha de automonitoramento

As fichas de Automonitoramento (Anexo VII) foram avaliadas em duas fases, inicialmente avaliou-se a citação de alimentos consumidos pelos sujeitos, no pré-teste, pós-teste e seguimento. A segunda fase avaliou os comportamentos citados pelos sujeitos, antes e depois das refeições, além das observações durante os registros das fichas de automonitoramento, no pré-teste, pós-teste e seguimento.

A primeira fase da avaliação utilizou-se de orientações de uma nutricionista, a qual instruiu para distribuir os alimentos citados pelos sujeitos em grupos e subgrupos de alimentos. Essa forma de avaliação também foi utilizada na avaliação de questões (n.º

1,2,3,4.2) do Roteiro de Entrevista I (Anexo V) e o Roteiro de Entrevista II (Anexo XIII). No entanto, nessas questões citadas utilizou-se somente a distribuição por grupos de alimentos, não apresentou-se a classificação por sub-grupos.

Os grupos de alimentos são: Grupo dos Construtores (subgrupos: fonte de proteína e ferro; fonte de proteína e cálcio), Grupo dos Reguladores (subgrupos: fonte de vitamina C; fonte de vitamina A e ferro; outras fontes), Grupo dos Energéticos (subgrupos: fonte de açúcares; fonte de gorduras; fonte de carboidratos). Foi acrescentado a categoria de Outros, sendo composta por produtos dietéticos; alimentos de mais de um grupo (grupo de construtores + grupo de energéticos); temperos; e categoria não definida. Sendo que a definição de alimento fonte é daquele que em uma porção habitualmente consumida, fornece grande quantidade de nutriente específico.

Segue a seguir a listagem dos alimentos citados pelos sujeitos distribuídos em seus respectivos grupos de alimentos e subgrupos.

I) Grupo dos construtores (alimentos que são fontes de proteínas)

A) Fonte de proteína e Ferro

Lingüiça, frango, carne grelhada, carne de porco, hambúrguer, carne vermelha, carne, bife, bolinho de carne, carne cozida, carne moída, presunto, carne de panela, bife grelhado, bife na chapa, mortadela, picanha, carne refogada, peito de peru, carne seca, salsicha, costela de porco, tender, ervilha, ovo frito, feijão, lentilha, ovo, peixe, feijoada, bacalhau, omelete, caldo de piranha, sopa de legumes, torta, salame e sardinha.

B) Fonte de proteína e cálcio

Leite, leite desnatado, iogurte, queijo, queijo fresco, queijo branco, requeijão.

II) Grupo dos reguladores (alimentos que são fontes de fibras, vitaminas, sais minerais, água)

A) Fonte de vitamina C

Suco de laranja (natural), laranja, manga, mamão, mixirica, abacaxi, suco de abacaxi (natural).

B) Fonte de vitamina A e Ferro

Agrião, brócolis, verduras, almeirão, escarola, verduras, couve, verduras amargas, espinafre, rúcula, acelga.

C) Outras fontes:

Banana, pêra, maçã, ameixas, tomate, melão, frutas, banana nanica, mexerica, melancia, jacá, abacate, caqui, banana prata, graviola, uva, alface, couve-flor, repolho, berinjela, quiabo, legume, abobrinha, chuchu, jiló, pepino, quiabo, pimentinha, cenoura, beterraba, limonada, saladas, palmito, repolho, alface, salada de legumes, cebola, tomate, água de coco, ameixa vermelha, carambola, pêssego.

III) Grupo de energéticos (alimentos que são fonte de energia e gorduras, sendo que a saciedade é devido as gorduras e não a carboidratos).

A) Fonte de açúcares (entende-se que há adição de açúcar nas bebidas)

Suco de cajú (artificial), guaraná, café preto, café, chá, suco de abacaxi (artificial), suco de maçã (artificial), suco de pêssego (artificial), coca-cola, refrigerante, chá amargo, cerveja, biscoito, bolacha, torrada, pão francês, pão light, macarrão, pão sem miolo, bolachas salgadas, coxinhas, torradas de glúten, bolacha água e sal, bolo, mini-pão, quibe, miojo, pudim de chocolate, yakisoba, nescau, esfiha, pastel, bolo de milho verde, mandioca, batata, batata doce, mandioquinha, batata frita, granola, aveia, gérmen de trigo, arroz, chocolate, sorvete, mel, açúcar mascavo, pão de queijo, canja, gelatina, farofa, purê, canjica, bejú, goiabada, pavê, pudim de pão.

B) Fonte de gorduras

Manteiga, margarina, margarina light, maionese, molho.

C) Fonte de carboidratos

Farelo de trigo.

IV) Outros

A) Produtos dietéticos: suco diet, refrigerante diet, gelatina diet.

B) Mais de um grupo de alimento (grupo de construtores + grupo de energéticos): bolinho de carne, pizza, panqueca, pizza de mussarela, peixe frito, mingau de aveia, lanche do McDonald's, lasanha, bauru.

C) Tempero (não podem estar em grupo de alimentos, como fonte de nutrientes, porque tem muito pouco nutriente específico, em uma porção habitualmente consumida): vinagrete.

D) Não definida: adoçante.

Observação: a água não pertence a nenhum grupo de alimentos, por não ter valor calórico.

A ficha do automonitoramento considerada como parte do pós-teste, correspondeu a última ficha preenchida pelo sujeito, antes do período do seguimento.

Para o Sujeito I a ficha de automonitoramento avaliada como pós-teste, correspondeu a ficha da quarta semana do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar. A Tabela 40 apresenta os dados referentes ao automonitoramento parte-I do Sujeito I.

Tabela 40: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-I do Sujeito 1.

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	25	36,23	10	26,32	07	25,00
Reguladores	16	23,19	08	21,05	06	21,43
Energéticos	28	40,58	19	50,00	15	53,57
Outros	00	0,00	01	2,63	00	0,00
Total	69	100,00	38	100,00	28	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 40 demonstraram que o Sujeito I consumiu mais alimentos do Grupo dos Energéticos tanto no pré-teste, no pós-teste também no seguimento.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 27,52 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao

nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito I antes do programa de intervenção consumia com maior frequência alimentos do Grupo dos Energéticos, seguido pelos alimentos do Grupo dos Construtores.

Já para o período do pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 17,37 para três graus de liberdade e significância de 0,06% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, houve maior consumo de alimentos do Grupo dos Energéticos, durante esse período.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 16,29 para três graus de liberdade e significância de 0,10% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento o Sujeito I também manteve maior consumo de alimentos do Grupo dos Energéticos.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 4,73 para seis graus de liberdade e significância de 58,827% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito I não modificou seu consumo alimentar, durante os períodos estudados.

Para o Sujeito II a ficha de automonitoramento avaliada como pós-teste, correspondeu a ficha da terceira semana do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar. A Tabela 41 apresenta os dados referentes ao automonitoramento parte-I do Sujeito II.

Tabela 41: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-I do Sujeito II .

Grupos de Alimentos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	12	28,57	09	30,00	18	35,29
Reguladores	08	19,05	02	6,67	06	11,76
Energéticos	20	47,62	19	63,33	27	52,94
Outros	02	4,76	00	0,00	00	0,00
Total	42	100,00	30	100,00	51	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 41 demonstraram que o Sujeito II consumiu mais alimentos do Grupo dos Energéticos tanto no pré-teste, quanto no pós-teste e também no seguimento.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 16,29 para três graus de liberdade e significância de 0,10% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito II antes do programa de intervenção consumia com maior frequência alimentos do Grupo dos Energéticos.

Já para o período do pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 29,47 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, houve maior consumo de alimentos do Grupo dos Energéticos, nesse período.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 34,41 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento o Sujeito II também manteve maior consumo de alimentos do Grupo dos Energéticos.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 7,20 para seis graus de liberdade e significância de 30,262% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito II não modificou seu consumo alimentar, durante os períodos estudados.

Para o Sujeito III a ficha de automonitoramento avaliada como pós-teste, correspondeu a ficha da sexta semana do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar. A Tabela 42 apresenta os dados referentes ao automonitoramento parte-I do Sujeito III.

Tabela 42: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento I do Sujeito III .

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	15	36,59	19	39,58	16	34,78
Reguladores	6	14,63	08	16,67	20	43,48
Energéticos	19	46,34	21	43,75	10	21,74
Outros	01	2,44	00	0,00	00	0,00
Total	41	100,00	48	100,00	46	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 42 demonstraram que o Sujeito III, no pré-teste e pós-teste consumiu mais alimentos do Grupo dos Energéticos, seguido dos alimentos do Grupo dos Construtores. No entanto, no seguimento consumiu mais alimentos do Grupo dos Reguladores, seguido dos alimentos do Grupo dos Construtores.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 19,78 para três graus de liberdade e significância de 0,02% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito III antes do programa de intervenção consumia com maior frequência alimentos do Grupo dos Energéticos seguido pelos alimentos do Grupo dos Construtores.

Já para o pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 24,17 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, houve maior consumo de alimentos do Grupo dos Energéticos, seguido pelos alimentos do Grupo dos Construtores, durante esse período.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 19,74 para três graus de liberdade e significância de 0,02% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento o Sujeito III consumiu maior número de alimentos do Grupo dos Reguladores, seguido de alimentos do Grupo dos Construtores.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 16,20 para seis graus de liberdade e significância de 1,273% (significante

estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito III modificou seu consumo alimentar, entre o período do pós-teste e do seguimento.

Para o Sujeito IV a ficha de automonitoramento avaliada como pós-teste, correspondeu a ficha da sexta semana do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar. A Tabela 43 apresenta os dados referentes ao automonitoramento parte-I do Sujeito IV.

Tabela 43: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-I do Sujeito IV .

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	11	18,97	10	15,63	09	16,67
Reguladores	14	24,14	18	32,81	18	33,33
Energéticos	32	55,17	27	51,56	27	50,00
Outros	01	1,72	00	0,00	00	0,00
Total	58	100,00	55	100,00	54	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 43 demonstraram que o Sujeito IV consumiu mais alimentos do Grupo dos Energéticos tanto no pré-teste, quanto no pós-teste e também no seguimento.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 34,55 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito IV antes do programa de intervenção consumia com maior frequência alimentos do Grupo dos Energéticos.

Já para o pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 28,85 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, houve maior consumo de alimentos do Grupo dos Energéticos, nesse período.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 30,00 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento o Sujeito IV consumiu maior número de alimentos do Grupo dos Energéticos.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 3,42 para seis graus de liberdade e significância de 75,438% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito IV não modificou seu consumo alimentar, ou seja manteve o mesmo padrão alimentar, durante os períodos estudados.

A Tabela 44 apresenta os dados referentes ao automonitoramento parte-I do Sujeito V.

Tabela 44: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-I do Sujeito V .

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	17	30,91	-	-	-	-
Reguladores	10	18,18	-	-	-	-
Energéticos	28	50,91	-	-	-	-
Outros	00	0,00	-	-	-	-
Total	55	100,00	-	-	-	-

Os dados sintetizados na Tabela 44 demonstraram que o Sujeito V consumiu mais alimentos do Grupo dos Energéticos no pré-teste. Não houve mais dados para o cálculo dos outros períodos, pois o Sujeito teve várias faltas.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obtêm-se o valor de 30,31 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito V antes do programa de intervenção consumia com maior frequência alimentos do Grupo dos Energéticos.

Para o Sujeito VI a ficha de automonitoramento avaliada como pós-teste, correspondeu a ficha da sexta semana do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar. A Tabela 45 apresenta os dados referentes ao automonitoramento parte-I do Sujeito VI.

Tabela 45: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-I do Sujeito VI .

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	18	32,14	20	33,33	19	30,16
Reguladores	13	23,21	12	20,00	15	23,81
Energéticos	25	44,64	28	46,67	29	45,03
Outros	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Total	56	100,00	60	100,00	63	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 45 demonstraram que o Sujeito VI consumiu mais alimentos do Grupo dos Energéticos tanto no pré-teste, pós-teste e no seguimento.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 23,86 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito VI antes do programa de intervenção consumia com maior frequência alimentos do Grupo dos Energéticos.

Já para o período do pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 28,53 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, houve maior consumo de alimentos do Grupo dos Energéticos, nesse período.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 27,60 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento o Sujeito VI consumiu maior número de alimentos do Grupo dos Energéticos.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 0,35 para quatro graus de liberdade e significância de 98,610% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito VI não modificou seu consumo alimentar, ou seja manteve o mesmo padrão alimentar, durante os três períodos estudados.

Para o Sujeito VII a ficha de automonitoramento avaliada como pós-teste, correspondeu a ficha da sexta semana do Programa de Modificação do Comportamento

Alimentar. A Tabela 46 apresenta os dados referentes ao automonitoramento parte-I do Sujeito VII.

Tabela 46: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-I do Sujeito VII .

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	17	34,69	19	40,43	13	32,50
Reguladores	13	26,53	6	12,77	07	17,50
Energéticos	19	38,78	21	44,68	20	50,00
Outros	00	0,00	01	2,13	00	0,00
Total	49	100,00	47	100,00	40	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 46 demonstraram que o Sujeito VII consumiu mais alimentos do Grupo dos Energéticos, seguido dos alimentos do Grupo dos Construtores, tanto no pré-teste, durante o pós-teste. No seguimento consumiu mais alimentos do Grupo dos Energéticos.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 17,86 para três graus de liberdade e significância de 0,05% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito VII antes do programa de intervenção consumia com maior frequência alimentos do Grupo dos Energéticos, seguido dos alimentos do Grupo dos Construtores.

Já para o pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 24,40 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, houve maior consumo de alimentos do Grupo dos Energéticos, seguido dos alimentos do Grupo dos Construtores durante esse período.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 21,80 para três graus de liberdade e significância de 0,01% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento o Sujeito VII consumiu maior número de alimentos do Grupo dos Energéticos.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 5,40 para seis graus de liberdade e significância de 49,394% (não significativa estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito VII não modificou seu consumo alimentar, ou seja manteve maior o consumo de alimentos do Grupo dos Energéticos.

Para o Sujeito VIII a ficha de automonitoramento avaliada como pós-teste, correspondeu a ficha da sexta semana do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar. A Tabela 47 apresenta os dados referentes ao automonitoramento parte-I do Sujeito VIII.

Tabela 47: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-I do Sujeito VIII .

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	11	19,30	13	26,53	12	28,57
Reguladores	15	26,32	14	28,57	18	42,86
Energéticos	28	49,12	20	40,82	12	28,57
Outros	03	5,26	02	4,08	00	0,00
Total	57	100,00	49	100,00	42	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 47 demonstraram que o Sujeito VIII consumiu mais alimentos do Grupo dos Energéticos no pré-teste e pós-teste. No seguimento consumiu mais alimentos do Grupo dos Reguladores, seguido dos alimentos do Grupo dos Construtores e dos alimentos do Grupo dos Energéticos.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 22,93 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito VIII antes do programa de intervenção consumia com maior frequência alimentos do Grupo dos Energéticos.

Já para o pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 13,78 para três graus de liberdade e significância de 0,32% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, houve maior consumo de alimentos do Grupo dos Energéticos.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 16,29 para três graus de liberdade e significância de 0,10% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento o Sujeito VIII consumiu maior número de alimentos do Grupo dos Reguladores, seguido dos alimentos do Grupo dos Construtores e dos alimentos do Grupo dos Energéticos.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 7,93 para seis graus de liberdade e significância de 24,330% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito VIII não modificou seu consumo alimentar, ou seja manteve o mesmo padrão alimentar.

A Tabela 48 apresenta os dados referentes ao automonitoramento parte-I de todos sujeitos (n=8).

Tabela 48: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento I de todos os sujeitos(n=8) .

Grupos de Alimentos dos	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
Construtores	126	29,51	100	29,76	94	29,01
Reguladores	95	22,25	71	21,13	90	27,78
Energéticos	199	46,60	161	47,92	140	43,21
Outros	07	1,64	04	1,19	00	0,00
Total	427	100,00	336	100,00	324	100,00

Os dados sintetizados na Tabela 48 demonstraram que de uma maneira geral, todos os sujeitos consumiram mais alimentos do Grupo dos Energéticos no pré-teste, pós-teste durante a intervenção e no seguimento.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 177,69 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao

nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que todos os sujeitos antes do programa de intervenção consumiam com maior frequência alimentos do Grupo dos Energéticos.

Já para o pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 151,83 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, houve maior consumo de alimentos do Grupo dos Energéticos, de uma maneira geral.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 127,06 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento, de uma maneira geral todos os sujeitos consumiram maior número de alimentos do Grupo dos Energéticos.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 9,53 para seis graus de liberdade e significância de 14,590% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que não houve modificação no consumo alimentar, ou seja de maneira geral os sujeitos mantiveram o mesmo padrão alimentar.

Esse resultado foi diferente do apresentado na questão (n.º 1) quais alimentos você costuma comer, que apontou maior consumo para os alimentos do Grupo dos Reguladores. No entanto, a questão (n.º 4.2) descreva o que você, geralmente, come em cada uma das refeições citadas, também apontou que os alimentos mais consumidos pertenciam ao Grupo dos Energéticos.

Banaco (1999) lembra que aprendemos a fazer relatos verbais por meio da comunidade verbal, que são influenciados por aspectos subjetivos e culturais. E de acordo com César (2001) a descrição de sentimentos e/ou ações do próprio cliente, sugerem relações entre o sujeito e seu ambiente, no entanto essas descrições nem sempre são fiéis as reais contingências.

Destacou-se aqui a importância das fichas de automonitoramento por trazerem dados mais precisos sobre a alimentação dos sujeitos. O fato de consumirem mais alimentos do Grupo dos Energéticos serviu como um dos indicadores das possíveis razões para esses sujeitos estarem acima do peso.

Na segunda fase da avaliação das fichas de automonitoramento, devido a baixa frequência de algumas respostas utilizou-se uma análise percentual. Os dados que apresentavam frequência igual ou superior a cinco utilizou-se uma análise estatística pelo cálculo do qui-quadrado. A avaliação ocorreu sobre a parte referente ao que estava fazendo e/ou como se sentia antes e depois de se alimentar da Ficha de Automonitoramento (Anexo VII). Os sujeitos da amostra (n=8) foram orientados na 1ª sessão (pré-teste) para estarem registrando nesta parte, o que estavam fazendo e/ou sentindo antes e depois de se alimentar e na parte de observações podiam registrar sentimentos e/ou pensamentos, e a realização de alguma estratégia ensinada ao decorrer do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar.

Para facilitar a análise as respostas foram distribuídas em categorias, sendo elas as atividades internas; atividades externas; expressão de sentimentos, pensamentos e/ou estados; outros.

A categoria de Atividades Internas correspondeu: conversar ao telefone, ficar na rede, orar, dormir, assistir televisão, lavar louça, tomar banho, lavar rosto, escovar dentes, lavar carro, ouvir som, ajudar na limpeza, ler, fazer trabalho de escola, ajudar o pedreiro, assistir filme na tv, trabalhar no carro, bordar, limpar a geladeira, brincar com a bisneta, conversar com amiga, conversar dentro de casa, repousar, cozinhar, fazer crochê, atividades domésticas, passar roupa, ficar com a bisneta, limpar casa, fazer almoço, fazer pizza, lavar roupa, cuidar de plantas, dar comida para cachorra, assistir jornal, instalar antena, andar na esteira, colocar roupa na máquina, escrever, conversar com netos, arrumar casa, escutar rádio, assistir novela,

descansar, arrumar malas, lavar quintal, arrumar guarda-roupa, arrumar cozinha, receber visitas, lavar tapete, dar banho na cachorra.

A categoria de Atividades Externas correspondeu: andar, bater papo, conversar, caminhada, ir ao banco, dirigir, levar a esposa, ir à casa da cunhada, ir à feira, dar volta, ir à oficina, ir ao hospital, sair com a esposa, levar a filha ao metrô, fazer compras, sair com pedreiro, ir à igreja, ir ao médico, ir à cidade, ir à escola, ir para farmácia, ir ao mercado, ir à manicure, passear, ir à casa da irmã, ir à casa da vizinha, ir ao laboratório, fazer exame médico, ir à casa do filho(a), fazer ginástica, trabalhar, exercícios, ir à costureira, sair com a família, resolver problemas pessoais (funeral), andar com a cachorra, ir ao massagista, jogar bilhar, pegar ônibus e metrô, ir à quadra, ver amigos, pagar contas, viajar, ir cortar cabelo, ir ao aniversário, ir ao shopping, ir ao cinema, fazer visita, ir à praia, ir ver lojas, natação, dançar, jogar buraco, sentar na escada do prédio.

A categoria de Observações correspondeu: nervosa, bem, deprimida, melhor, tudo bem, descansado, calmo, dor nas costas e nas pernas, gripada, indisposta, bem animada, com pressa, ótima, motivada, bom humor, fome, dor no estômago, feliz, depressiva, dor de cabeça, queda de pressão, mal.

A categoria de Outros correspondeu ao registro da técnica de fazer parada durante a alimentação.

A ficha do automonitoramento considerada como parte do pós-teste, correspondeu a última ficha preenchida pelo sujeito, antes do período do seguimento.

Para o Sujeito I a ficha de automonitoramento avaliada como pós-teste, correspondeu a ficha da quarta semana do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar. A Tabela 49 apresenta os dados referentes ao automonitoramento parte-II do Sujeito I.

Tabela 49: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-II do Sujeito I.

categorias	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
At. internas	-	0,00	01	10,00	07	36,84
At. externas	-	0,00	08	80,00	12	63,16
Exp. Sent. pens. est.	-	0,00	01	10,00	00	0,00
Outros	-	0,00	00	0,00	00	0,00
Total	00	0,00	10	100,00	19	100,00

Legenda: At.= atividades; Exp. = expressão; sent. = sentimentos; pens. = pensamentos; est. = estados; - = não citou.

Os dados sintetizados na Tabela 49 demonstraram que o Sujeito I registrou maior número de atividades externas no pós-teste e no seguimento.

Não foi possível avaliar o pré-teste por falta de registro do Sujeito I.

Já para o período do pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 16,40 para três graus de liberdade e significância de 0,09% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, o sujeito registrou mais atividades externas, nesse período.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 21,63 para três graus de liberdade e significância de 0,01% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento o Sujeito I registrou mais atividades externas.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os dois períodos (pré-teste e pós-teste) obteve-se o valor de 3,23 para dois graus de liberdade e significância de 19,934% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que não houve mudanças o Sujeito I registrou mais atividades externas.

Para o Sujeito II a ficha de automonitoramento avaliada como pós-teste, correspondeu a ficha da terceira semana do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar. A Tabela 50 apresenta os dados referentes ao automonitoramento parte-II do Sujeito II.

Tabela 50: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-II do Sujeito II .

categorias	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
At. internas	01	11,11	05	33,33	03	37,50
At. externas	01	11,11	08	53,33	05	62,50
Exp. sent. Pens. est.	07	77,78	02	13,33	00	0,00
Outros	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Total	09	100,00	15	100,00	08	100,00

Legenda: At.= atividades; Exp. = expressão; sent. = sentimentos; pens. = pensamentos; est. = estados; - = não citou.

Os dados sintetizados na Tabela 50 demonstraram que o Sujeito II inicialmente registrou mais pensamentos, sentimentos e/ou estados. No pós-teste e seguimento registrou mais atividades externas.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 13,67 para três graus de liberdade e significância de 0,34% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito II fez mais registros a respeito de sentimentos, pensamento e/ou estados.

Já para o período do pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 9,80 para três graus de liberdade e significância de 2,03% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, registrou mais atividades externas.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 9,00 para dois graus de liberdade e significância de 2,93% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento o Sujeito II também manteve maior registro de atividades externas.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 15,78 para quatro graus de liberdade e significância de 0,33% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que houve mudanças o Sujeito II, inicialmente registrou mais sentimentos, pensamentos e/ou estados. No entanto, depois fez mais registros de atividades externas.

Para o Sujeito III a ficha de automonitoramento avaliada como pós-teste, correspondeu a ficha da sexta semana do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar. A Tabela 51 apresenta os dados referentes ao automonitoramento parte-II do Sujeito III.

Tabela 51: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-II do Sujeito III .

categorias	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
At. internas	11	55,00	15	51,72	11	52,38
At. externas	09	45,00	09	31,03	10	47,62
Exp. sent. pens. est.	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Outros	00	0,00	05	17,25	00	0,00
Total	20	100,00	29	100,00	21	100,00

Legenda: At.= atividades; Exp. = expressão; sent. = sentimentos; pens. = pensamentos; est. = estados; - = não citou.

Os dados sintetizados na Tabela 51 demonstraram que o Sujeito III nos três períodos registrou mais atividades internas.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 20,40 para três graus de liberdade e significância de 0,01% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito III antes do programa de intervenção registrou mais atividades internas.

Já para o pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 16,66 para três graus de liberdade e significância de 0,08% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, houve maior registro de atividades internas.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 21,10 para três graus de liberdade e significância de 0,01% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento o Sujeito III registrou mais atividades internas, seguido das atividades externas.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 8,11 para quatro graus de liberdade e significância de 8,774% (não

significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito III não modificou seus registros, com a predominância de atividades internas.

Para o Sujeito IV a ficha de automonitoramento avaliada como pós-teste, correspondeu a ficha da sexta semana do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar. A Tabela 52 apresenta os dados referentes ao automonitoramento parte-II do Sujeito IV.

Tabela 52: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-II do Sujeito IV .

categorias	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
At. internas	08	57,14	30	56,60	28	54,90
At. externas	02	14,29	09	16,98	10	19,61
Exp. sent. pens. est.	04	28,57	14	26,42	13	25,49
Outros	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Total	14	100,00	53	100,00	51	100,00

Legenda: At.= atividades; Exp. = expressão; sent. = sentimentos; pens. = pensamentos; est. = estados; - = não citou.

Os dados sintetizados na Tabela 52 demonstraram que o Sujeito IV nos três períodos registrou mais atividades internas.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 10,0 para três graus de liberdade e significância de 1,86% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito IV antes do programa de intervenção registrou mais atividades internas.

Já para o pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 35,83 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, houve maior registro de atividades internas.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 31,59 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento o Sujeito IV registrou maior número de atividades internas.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 0,27 para quatro graus de liberdade e significância de 99,173% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que não houve mudanças nesses três períodos. O Sujeito IV manteve maior o registro de atividades internas.

A Tabela 53 apresenta os dados referentes ao automonitoramento parte-II do Sujeito V.

Tabela 53: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-II do Sujeito V .

categorias	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
At. internas	18	81,82	-	0,00	-	0,00
At. externas	02	9,09	-	0,00	-	0,00
Exp. sent. pens. est.	02	9,09	-	0,00	-	0,00
Outros	00	0,00	-	0,00	-	0,00
Total	22	100,00	0	0,00	0	00,00

Legenda: At.= atividades; Exp. = expressão; sent. = sentimentos; pens. = pensamentos; est. = estados; - = não citou.

Os dados do pré-teste apresentados na Tabela 53 demonstraram que o Sujeito V registrou mais atividades internas no pré-teste.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obtêm-se o valor de 38,36 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito V antes do programa de intervenção registrou mais atividades internas.

Não foi possível avaliar o pós-teste e o seguimento por falta de dados, devido as ausências do Sujeito V.

Para o Sujeito VI a ficha de automonitoramento avaliada como pós-teste, correspondeu a ficha da sexta semana do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar. A Tabela 54 apresenta os dados referentes ao automonitoramento parte-II do Sujeito VI.

Tabela 54: Distribuição das freqüências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-II do Sujeito VI .

categorias	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
At. internas	22	81,48	03	21,43	01	33,33
At. externas	01	3,70	01	7,14	00	0,00
Exp. sent. pens. est.	04	14,81	10	71,43	02	66,67
Outros	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Total	27	100,00	14	100,00	03	100,00

Legenda: At.= atividades; Exp. = expressão; sent. = sentimentos; pens. = pensamentos; est. = estados; - = não citou.

Os dados sintetizados na Tabela 54 demonstraram que o Sujeito VI inicialmente, no pré-teste registrava mais atividades internas. No pós-teste e seguimento aumentou o registro de sentimentos, pensamentos e/ou estados.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 47,22 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito VI antes do programa de intervenção registrou mais atividades internas.

Já para o período do pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 17,43 para três graus de liberdade e significância de 0,06% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, houve maior registro de sentimentos, pensamentos e/ou estados.

Para o seguimento não foi possível calcular o qui-quadrado de homogeneidade, pois a freqüência foi de três. No entanto, pela análise percentual houve maior registro de sentimentos, pensamentos e/ou estados (66,67%).

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os dois períodos (pré-teste e pós-teste) obteve-se o valor de 14,33 para dois graus de liberdade e significância de 0,07% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito VI modificou seus registros entre o pré-teste e pós-teste, inicialmente registrava mais atividades internas, depois aumentou o registro de sentimentos, pensamentos e/ou estados.

Para o Sujeito VII a ficha de automonitoramento avaliada como pós-teste, correspondeu a ficha da sexta semana do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar. A Tabela 55 apresenta os dados referentes ao automonitoramento parte-II do Sujeito VII.

Tabela 55: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-II do Sujeito VII .

categorias	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
At. internas	-	0,00	08	53,33	12	70,59
At. externas	-	0,00	07	46,67	05	29,41
Exp. sent. pens. est.	-	0,00	00	0,00	00	0,00
Outros	-	0,00	00	0,00	00	0,00
Total	0	0,00	15	100,00	17	100,00

Legenda: At.= atividades; Exp. = expressão; sent. = sentimentos; pens. = pensamentos; est. = estados; - = não citou.

Os dados sintetizados na Tabela 55 demonstraram que o Sujeito VII registrou mais atividades internas, durante o pós-teste e o seguimento.

Não foi possível avaliar o pré-teste por falta de registro do Sujeito VII.

Já para o pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 15,13 para três graus de liberdade e significância de 0,17% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, houve maior registro de atividades internas, seguidas das atividades externas.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 22,76 para três graus de liberdade e significância de 0,0% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento o Sujeito VII registrou mais atividades internas.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os dois períodos (pós-teste e seguimento) obteve-se o valor de 1,01 para um grau de liberdade e significância de 31,436% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que não houve mudanças entre o pós-teste e o seguimento. O Sujeito VII manteve maior o registro de atividades internas.

Para o Sujeito VIII a ficha de automonitoramento avaliada como pós-teste, correspondeu a ficha da sexta semana do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar. A Tabela 56 apresenta os dados referentes ao automonitoramento parte-II do Sujeito VIII.

Tabela 56: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-II do Sujeito VIII .

categorias	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
At. internas	23	50,00	32	61,54	26	72,22
At. externas	15	32,61	13	25,00	10	27,78
Exp. sent. pens. est.	08	17,39	07	13,46	00	0,00
Outros	0	0,00	00	0,00	00	0,00
Total	46	100,00	52	100,00	36	100,00

Legenda: At.= atividades; Exp. = expressão; sent. = sentimentos; pens. = pensamentos; est. = estados; - = não citou.

Os dados sintetizados na Tabela 56 demonstraram que o Sujeito VIII registrou mais atividades internas nos três períodos.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 25,13 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que o Sujeito VIII antes do programa de intervenção registrou mais atividades internas.

Já para o pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 43,54 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, houve maior registro de atividades internas.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 50,22 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento o Sujeito VIII registrou mais atividades internas, e não fez registros sobre sentimentos, pensamentos e/ou estados.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 8,02 para quatro graus de liberdade e significância de 9,093% (não significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que o Sujeito VIII não modificou seus registros, permanecendo nos três momentos maior registro de atividades internas.

A Tabela 57 apresenta os dados referentes ao automonitoramento parte-II de todos sujeitos (n=8).

Tabela 57: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-II de todos os sujeitos (n=8) .

categorias	pré-teste		pós-teste		seguimento	
	f	%	f	%	f	%
At. internas	83	60,58	97	53,01	90	59,21
At. externas	36	26,28	49	26,78	47	30,92
Exp. sent. pens. est.	18	13,14	32	17,49	15	9,87
Outros	00	0,00	05	2,73	00	0,00
Total	137	100,00	183	100,00	152	100,00

Legenda: At.= atividades; Exp. = expressão; sent. = sentimentos; pens. = pensamentos; est. = estados; - = não citou.

Os dados sintetizados na Tabela 57 demonstraram que de uma maneira geral, todos os sujeitos registraram mais atividades internas.

Calculando-se o qui-quadrado de homogeneidade para o pré-teste obteve-se o valor de 111,44 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se afirmar que houve mais registros de atividades internas.

Já para o pós-teste tem-se o qui-quadrado de homogeneidade no valor de 98,07 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, de uma maneira geral houve maior registro de atividades internas.

O cálculo do qui-quadrado de homogeneidade para o seguimento foi de 125,21 para três graus de liberdade e significância de 0,00% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). No seguimento, de uma maneira geral ocorreu mais registros de atividades internas.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os três períodos supra-citados obteve-se o valor de 13,10 para seis graus de liberdade e significância de 4,143% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que houve modificações, com o aumento do número de registros, especialmente das categorias de expressão de sentimentos, pensamentos e/ou estados e a categoria outros, do pré-teste para o pós-teste. Nos três períodos manteve-se com maiores índices as atividades internas. Portanto, a maioria dos sujeitos realizaram um número maior de atividades internas, lembrando que a maioria dos sujeitos eram aposentados e as atividades externas ocorriam com menor frequência, devido não terem mais a obrigação de um trabalho externo remunerado diário.

Todos os sujeitos tiveram dificuldades de preencher a Ficha de Automonitoramento (Anexo VII) principalmente no registro de sentimentos e/ou pensamentos. Todos os sujeitos apresentaram baixo nível de discriminação de estados internos, ou sejam não sabiam diferenciar e nomear estados emocionais de sensações orgânicas. Provavelmente essa dificuldade seja devido o pequeno repertório verbal, pois uma variável importante foi a baixa escolaridade, a qual também dificultou a compreensão das estratégias do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar, sendo necessário várias explicações, tanto grupal como individual aos sujeitos.

No entanto, a baixa escolaridade não deve ser considerada como a única variável responsável pelo pequeno repertório verbal, pois mesmo com todas as dificuldades apresentadas os sujeitos foram capazes de preencher a primeira parte da Ficha do Automonitoramento. Sendo que as dificuldades não estavam somente no registro dos acontecimentos externos, por exemplo o que comiam, mas para prestarem atenção em seu ambiente interno, por exemplo nos seus sentimentos e/ou pensamentos.

Análise da lista de atividades reforçadoras positivas

Na terceira sessão do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar foi pedido aos sujeitos que construíssem uma lista de 10 atividades que gostassem de fazer, pois quando estivessem sem fazer nada, ao invés de comerem deveriam buscar alguma atividade dessa lista para ser realizada.

Nessa sessão faltaram os sujeitos V e VI. Os dados analisado foram dos sujeitos I, II, III, IV, VII e VIII, para a realização dessa avaliação utilizou-se de duas categorias: atividades externas e atividades internas. Essas categorias foram descritas no item (2.3) Análise das fichas de automonitoramento.

A Tabela 58 apresenta os dados referentes as atividades reforçadoras positivas dos sujeitos (n=6)

Tabela 58: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente as atividades reforçadoras positivas dos sujeitos (n=6)

Sujeitos	atividades internas		atividades externas		total das respostas	
	f	%	f	%	f	%
I	06	60,0	04	40,0	10	100,0
II	01	10,0	09	90,0	10	100,0
III	05	50,0	05	50,0	10	100,0
IV	06	60,0	04	40,0	10	100,0
VII	02	22,22	07	77,78	09	100,0
VIII	01	10,0	09	90,0	10	100,0

Os dados sintetizados na Tabela 58 demonstraram que de uma maneira geral, a maioria dos sujeitos registraram mais atividades externas como reforçadoras positivas.

Ao calcular-se o qui-quadrado de independência para os duas categorias supra-citadas obteve-se o valor de 12,52 para cinco graus de liberdade e significância de 2,833% (significante estatisticamente ao nível de 0,05). Portanto, pode-se perceber que houve preferências significante a nível estatístico pelas atividades externas como reforçadoras positivas.

Ao analisar individualmente, percebeu que os sujeitos II, VII e VII preferiram atividades externas, com exceção dos sujeito IV e I que preferiram atividades internas. O Sujeito III que empatou nas escolhas. Notou-se que os sujeitos III e IV foram os que mais perderam peso, após o Programa de Modificação do Comportamento Alimentar, e registraram um certo equilíbrio entre as atividade internas e externas.

Levantou-se a hipótese de que seria necessário planejar/equilibrar o número de atividades internas e externas, para um planejamento mais adequado da alimentação.

Ao compararmos esses dados aqui descritos com os apresentados na Tabela 57 (Distribuição das frequências absolutas e percentuais referente a ficha da automonitoramento parte-II de todos os sujeitos) sobre os registros de atividades internas e externas, no pré-teste, pós-teste e seguimento, onde apontou que a maioria dos sujeitos fizeram maior registro de atividades internas.

Destacou-se a necessidade de reavaliar o nível de satisfação com as atividades do dia-a-dia desses sujeitos, pois a comparação dos dados entre as atividades realizadas diariamente e as reforçadoras positivamente. Apontaram diferenças importantes, levanta-se hipótese de que provavelmente o alimento tenha adquirido outras funções que vão além da nutrição, ou seja comer tornou-se uma das poucas atividades reforçadoras positivamente, decorrente da provável insatisfação com a rotina diária desses sujeitos ou por falta de outros reforçadores.

Análise do Histórico da Obesidade e de Questões do Histórico da Obesidade do grupo de intervenção.

As respostas dos sujeitos encontradas na aplicação do Histórico da Obesidade (Anexo VI), no período do pré-teste e as respostas obtidas na aplicação das Questões do Histórico da Obesidade (Anexo XIV) no período do pós-teste e seguimento, todas foram analisadas individualmente.

O Sujeito I no pré-teste, pós-teste e seguimento respondeu que sentir-se mal a respeito de si mesmo era a pior coisa de ser gordo. Sendo que o maior peso que perdeu em uma dieta foi entre 6 a 10 quilos. Nas três fases do estudo apontou estar menos de 5 kg fora do peso. No pré-teste e pós-teste respondeu que nunca pulava refeições para perder peso, no entanto no seguimento começou a pular refeições uma vez por semana. No pré-teste às vezes evitava comer alimentos que engordavam, no pós-teste e seguimento passou a evitar esses alimentos mais de uma vez por semana. No pré-teste e pós-teste às vezes sentia culpa ou se odiava por não conseguir parar de comer demais, no seguimento respondeu que nunca se odiava ou sentia culpa. No pré-teste ficava sem comer nada sólido por 24 horas ou mais para perder peso, já no pós-teste e seguimento nunca fazia isso. Provavelmente faria um curso especial para controle de peso sendo que no pré-teste, pós-teste e seguimento às vezes sentia culpa depois de comer. No pré-teste às vezes estava consciente do valor calórico dos alimentos que consumia, já no pós-teste e seguimento nunca estava consciente do valor calórico dos alimentos que consumia. No pré-teste respondeu ter iniciado sua preocupação com o peso entre 17 e 18 anos, que uma vez fez uso de remédios para perder peso, que nunca procurou clínicas ou fez exercícios para perder peso, e duas vezes fez dietas publicadas em livros, revistas ou recomendadas por amigos ou parentes.

O Sujeito II no pré-teste e pós-teste respondeu que sentir-se mal a respeito de si mesmo era a pior coisa de ser gordo, no seguimento respondeu que a pior coisa era não ter opinião. Sendo que o maior peso que perdeu em uma dieta foi até 5 quilos. No pré-teste, pós-teste e seguimento acreditava estar mais de 10 kg fora do peso. Nunca pulava refeições para perder peso. No pré-teste e seguimento às vezes evitava comer alimentos que engordam, já no pós-teste evitava esses alimentos mais de uma vez por semana. No pré-teste, pós-teste e seguimento às vezes sentia culpa e se odiava por não conseguir parar de comer de mais. Nunca ficava sem comer nada sólido por 24 horas ou mais para perder peso, tanto no pré-

teste, pós-teste e seguimento. Certamente faria um curso especial para controle de peso, sendo que no pré-teste às vezes sentia culpa depois de comer, no pós-teste e seguimento freqüentemente sentia culpa depois de comer. No pré-teste, pós-teste e seguimento freqüentemente estava consciente do valor calórico dos alimentos que consumia. No pré-teste respondeu nunca ter se preocupado com o peso, que mais de três vezes fez uso de remédios para perder peso, nunca procurou clínicas ou fez exercícios para perder peso, e uma vez fez dietas publicadas em livros, revistas ou recomendadas por amigos ou parentes.

O Sujeito III no pré-teste, pós-teste e seguimento respondeu que sentir-se mal a respeito de si mesmo era a pior coisa de ser gordo. Sendo que nunca fez dieta para perder peso. No pré-teste, pós-teste e seguimento acreditava estar mais de 10kg fora do peso, também nunca pulava refeições para perder peso. No pré-teste evitava uma vez por mês comer alimentos que engordavam, no pós-teste evitava esses alimentos mais de uma vez por semana e no seguimento às vezes evitava comer esses alimentos. No pré-teste nunca sentia culpa ou se odiava por não conseguir parar de comer demais, no pós-teste mais de uma vez por semana sentia culpa ou se odiava, no seguimento às vezes sentia culpa e se odiava. Nunca ficava sem comer nada sólido por 24 horas ou mais para perder peso, tanto no pré-teste, pós-teste e seguimento. Provavelmente faria um curso especial para controle de peso, sendo que no pré-teste às vezes sentia culpa depois de comer, no pós-teste e seguimento nunca sentia culpa depois de comer. No pré-teste e seguimento nunca estava consciente do valor calórico dos alimentos que consumia, no entanto no pós-teste às vezes estava consciente do valor calórico dos alimentos. No pré-teste respondeu que nunca teve preocupação com o peso, que nunca fez uso de remédios para perder peso, que nunca procurou clínicas ou fez exercícios para perder peso, e nem fez dietas publicadas em livros, revistas ou recomendadas por amigos ou parentes.

O Sujeito IV no pré-teste respondeu que ser gozado era a pior coisa de ser gordo, no entanto no pós-teste e seguimento respondeu sentir-se mal a respeito de si mesmo. Sendo que o maior peso que perdeu em uma dieta foi entre 6 a 10 quilos. No pré-teste, pós-teste e seguimento acreditava estar mais de 10 kg fora do peso. No pré-teste nunca pulava refeições para perder peso, no pós-teste pulava refeições mais de uma vez por semana, no seguimento pulava refeições uma vez por mês. No pré-teste às vezes evitava comer alimentos que engordavam, no pós-teste e seguimento mais de uma vez por semana evitava esses alimentos. No pré-teste e seguimento às vezes sentia culpa ou se odiava por não conseguir parar de comer demais, no pós-teste sentia culpa ou se odiava mais de uma vez por semana. No pré-teste e pós-teste às vezes ficava sem comer nada sólido por 24 horas ou mais para perder peso, e uma vez por semana no seguimento. Certamente faria um curso especial para controle de peso, sendo que no pré-teste, pós-teste e seguimento às vezes sentia culpa depois de comer. No pré-teste freqüentemente estava consciente do valor calórico dos alimentos que consumia, todas às vezes no pós-teste e seguimento. No pré-teste respondeu nunca ter apresentado preocupação com o peso, uma vez fez uso de remédios para perder peso, mais de três vezes procurou clínicas ou fez exercícios para perder peso, e uma vez fez dietas publicadas em livros, revistas ou recomendadas por amigos ou parentes.

O Sujeito V no pré-teste e pós-teste respondeu que sentir-se mal a respeito de si mesmo era a pior coisa de ser gordo. Sendo que o maior peso que perdeu em uma dieta foi de até 5 quilos. Tanto no pré-teste e pós-teste acreditava estar mais de 10 kg fora do peso. No pré-teste uma ou duas vezes por ano pulava refeições para perder peso, no pós-teste nunca pulava refeições. E no pré-teste às vezes evitava comer alimentos que engordavam, e no pós-teste evitava esse alimentos mais de uma vez por semana. No pré-teste às vezes sentia culpa ou se odiava por não conseguir parar de comer demais, mas nunca no pós-teste. Nunca ficava sem comer nada sólido por 24 horas ou mais para perder peso, nem no pré-teste e pós-teste.

Certamente faria um curso especial para controle de peso, sendo que nunca sentiu culpa depois de comer, nem no pré-teste e pós-teste. No pré-teste todas às vezes estava consciente do valor calórico dos alimentos que consumia, e freqüentemente no pós-teste. No pré-teste respondeu que por volta dos 15 ou 16 anos começou apresentar preocupação com o peso, mais de três vezes fez uso de remédios para perder peso, mas nunca procurou clínicas ou fez exercícios para perder peso, e mais de três vezes fez dietas publicadas em livros, revistas ou recomendadas por amigos ou parentes.

O Sujeito VI no pré-teste e pós-teste respondeu que sentir-se mal a respeito de si mesmo era a pior coisa de ser gordo, e não ter opinião no seguimento. Sendo que o maior peso que perdeu em uma dieta foi de 15 quilos. No pré-teste e seguimento acreditava estar mais de 10 kg fora do peso, entre 5 a 10 Kg no pós-teste. No pré-teste mais de uma vez por semana pulava refeições para perder peso, e nunca pulou refeições no pós-teste e seguimento. E mais de uma vez por semana evitava comer alimentos que engordavam, tanto no pré-teste, pós-teste e seguimento. No pré-teste às vezes sentia culpa ou se odiava por não conseguir parar de comer demais, no pós-teste e seguimento nunca sentia culpa ou se odiava. No pré-teste, pós-teste e seguimento nunca ficava sem comer nada sólido por 24 horas ou mais para perder peso. Provavelmente faria um curso especial para controle de peso, sendo que no pré-teste e pós-teste às vezes sentia culpa depois de comer e nunca no seguimento. No pré-teste freqüentemente estava consciente do valor calórico dos alimentos que consumia, muito freqüentemente no pós-teste e todas às vezes no seguimento. No pré-teste respondeu que entre os 15 ou 16 anos iniciou a preocupação com o peso, mais de três vezes fez uso de remédios para perder peso, nunca procurou clínicas ou fez exercícios para perder peso, e nunca fez dietas publicadas em livros, revistas ou recomendadas por amigos ou parentes.

O Sujeito VII no pré-teste, pós-teste e seguimento respondeu que sentir-se mal a respeito de si mesmo era a pior coisa de ser gordo. Sendo que o maior peso que perdeu em

uma dieta foi mais de 15 quilos. Tanto no pré-teste, pós-teste e seguimento acreditava estar mais de 10 kg fora do peso. No pré-teste e pós-teste mais de uma vez por semana pulava refeições para perder peso, e nunca pulava refeições no seguimento. No pré-teste e seguimento evitava comer alimentos que engordavam, e uma vez por semana evitava esses alimentos no seguimento. No pré-teste e seguimento mais de uma vez por semana sentia culpa ou se odiava por não conseguir parar de comer demais, uma vez por semana no seguimento. Porém, no pré-teste, pós-teste e seguimento nunca ficou sem comer nada sólido por 24 horas ou mais para perder peso. Certamente faria um curso especial para controle de peso, sendo que no pré-teste todas às vezes sentia culpa depois de comer, freqüentemente sentia culpa no pós-teste e seguimento. No pré-teste, pós-teste e seguimento estava consciente do valor calórico dos alimentos que consumia. No pré-teste respondeu que entre os 17 ou 18 anos iniciou sua preocupação com o peso, mais de três vezes fez uso de remédios para perder peso, nunca procurou clínicas ou fez exercícios para perder peso, e nunca fez dietas publicadas em livros, revistas ou recomendadas por amigos ou parentes.

O Sujeito VIII no pré-teste, pós-teste e seguimento respondeu que sentir-se mal a respeito de si mesmo era a pior coisa de ser gordo. Sendo que o maior peso que perdeu em uma dieta foi entre 6 a 10 quilos. No pré-teste acreditava estar menos de 5 kg fora do peso, no pós-teste respondeu não estar fora do peso e no seguimento estar mais de 10 kg fora do peso. No pré-teste nunca pulava refeições para perder peso, no pós-teste pulava refeições mais de uma vez por semana, e uma vez por semana no seguimento. E no pré-teste às vezes evitava comer alimentos que engordavam, uma vez por mês no pós-teste, e mais de uma vez por semana no seguimento. No pré-teste às vezes sentia culpa ou se odiava por não conseguir parar de comer demais, e mais de uma vez por semana no pós-teste e seguimento. No pré-teste às vezes ficava sem comer nada sólido por 24 horas ou mais para perder peso, nunca ficava sem comer no pós-teste e seguimento. Certamente faria um curso especial para controle

de peso, sendo que no pré-teste às vezes sentia culpa depois de comer, todas às vezes no pós-teste e seguimento. No pré-teste e seguimento às vezes estava consciente do valor calórico dos alimentos que consumia, e todas às vezes no pós-teste. No pré-teste respondeu que antes dos 12 anos iniciou sua preocupação com o peso, uma vez fez uso de remédios para perder peso, mais de duas vezes procurou clínicas ou fez exercícios para perder peso, e nunca fez dietas publicadas em livros, revistas ou recomendadas por amigos ou parentes.

Análise da evolução dos sujeitos durante todas as fases do estudo

Neste estudo utilizou-se o peso em Kg como instrumento de medida para verificar a eficácia do programa. No entanto, o que interessou a este estudo foi a análise das variáveis envolvidas na mudança do comportamento alimentar.

Para esta análise, utilizou-se as categorias do modelo psicológico da saúde, baseado na Análise do Comportamento, descrito por Iñesta (1990), e também, os dados individuais dos sujeitos, durante todo esse estudo.

O modelo de Iñesta (1990) foi detalhado na Introdução, e é extremamente útil para a compreensão dos processos comportamentais e dos resultados, que se obtém da inter-relação das variáveis que determinam o adoecimento ou a manutenção da saúde.

Para o Sujeito I os fatores que compreenderam o processo psicológico, dentro da história interativa do indivíduo são descritos a seguir:

*Não foi possível levantar a história de competência, para tanto seria necessário uma entrevista que pudesse descrever os comportamentos anteriores (históricos), as condições em que ocorriam e os tipos de conseqüências obtidas.

*estilo interativo: o Sujeito I apresentava comportamentos de dependência com poucas iniciativas, por exemplo desde o início apresentou dificuldades em participar do programa,

pois só ia às aulas se a carona levasse, só ia a ginástica se a amiga fosse, considerava-se obesa porque as amigas e o marido diziam.

*competências situacionais: o sujeito não tinha disponibilidade de competências funcionais, por exemplo se não pudesse vir à sessão, por ser longe e estar sem a carona disponível, deixava de fazer a tarefa de preencher a ficha de automonitoramento e algumas tarefas pedidas nas sessões do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar. Esse sujeito não conseguiu modificar seu comportamento alimentar.

*modulação biológica: apareceu neste sujeito, em termos de desenvolvimento uma tendência para engordar, devido a herança genética, pois tinha familiares gordos. Acrescido do tipo de alimentação que consumia, ou seja alimentava-se basicamente de alimentos do Grupo dos Energéticos.

Os resultados da conjunção destas variáveis (processos) são descritas em seus termos, a seguir:

*vulnerabilidade biológica: neste caso apareceu a propensão à obesidade, o sujeito passou a ganhar peso cada vez mais e aumentando o risco de desenvolver doenças associadas.

*condição biológica: de acordo com o IMC o sujeito apresentava obesidade I e mais problema (doença) associado, como Hipertensão.

Para todos os sujeitos desse estudo a obesidade I ou II já estava instalada. Portanto, seus comportamentos instrumentais de risco e preventivos, que são suas respostas operantes, e os comportamentos associados à condição biológica e a aderência ao tratamento, estão apresentados em um só item.

*comportamentos instrumentais de risco e comportamentos associados à condição biológica: a prática desse sujeito de uma dieta constituída basicamente de alimentos do Grupo dos Energéticos, consumindo-os excessivamente (em grande quantidade) fora de hora e com maior freqüência, caracterizava seu comportamento instrumentais de risco à sua saúde. O

sujeito faltou a duas sessões e sempre comentava de suas dificuldades do trabalho e de locomoção, o que representava as dificuldades de aderir as orientações do programa. Mesmo sendo ensinado nas sessões do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar, para não fazer atividades paralelas durante a alimentação, o Sujeito I descreveu no pós-teste que assistia televisão durante as refeições. Havia aspectos de auto-estima que necessitavam ser investigados, pela questão de sentir culpa após comer demais, as tentativas de fórmulas "mágicas" (rápidas) para perda de peso, com uso de remédios, jejuns e uso de dietas recomendadas por amigas. Realizava atividade física junto com a amiga, mas também faltava às aulas de ginástica.

Para emagrecer é necessário que o sujeito tenha conhecimento das contingências que o controlam. E para promover mudanças é necessário reorganizar a alimentação, e estabelecer procedimentos para alcançar o objetivo/meta.

O Sujeito I realizava mais atividades externas ao lar do que internas (dentro de casa) na sua rotina de vida. No entanto, registrou mais atividades internas como reforçadoras positivas. Era necessário reavaliar o nível de satisfação com essas atividades, pois provavelmente o alimento adquiriu outras funções, além da nutrição, talvez de esquiva ou fuga de frustrações da rotina diária desse sujeito.

Para o Sujeito II os fatores que compreenderam o processo psicológico, dentro da história interativa do indivíduo são descritos a seguir:

*Não foi possível levantar a história de competências, pelas razões inicialmente comentadas.

*estilo interativo: este sujeito apresentou baixa motivação para seguir o programa, pois outras variáveis, como viajar e passear, estavam controlando o comportamento do Sujeito II. Entende-se que o Sujeito II não apresentava nenhuma doença associada a obesidade, portanto

viajar com a família, era um reforçador positivo mais importante do que participar do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar.

*competências situacionais: esse sujeito respondia aos reforços positivos, de viajar e de estar com a família. O que era muito adequado, principalmente tendo em vista de se tratar de uma pessoa idosa.

*modulação biológica: apareceu neste sujeito, em termos de desenvolvimento uma tendência para engordar, devido a herança genética, pois tinha familiares gordos. Acrescido do tipo de alimentação que consumia, ou seja alimentava-se basicamente de alimentos do Grupo dos Energéticos.

Os resultados da conjunção destas variáveis (processos) são descritas em seus termos, a seguir:

*vulnerabilidade biológica: neste caso apareceu a propensão à obesidade, o sujeito passou a ganhar peso cada vez mais, e aumentando o risco de desenvolver doenças associadas.

*condição biológica: de acordo com a classificação do IMC esse sujeito apresentava obesidade II, sem nenhum outro prejuízo à saúde, portanto não se pode dizer que este sujeito era portador de uma doença.

*comportamentos instrumentais de risco e comportamentos associados à condição biológica: o sujeito tinha como prática alimentar uma dieta constituída basicamente de alimentos do Grupo dos Energéticos. Não houve aderência total a participação na pesquisa, pois o sujeito faltou a três sessões, podendo considerar-se uma participação parcial. Esse sujeito reduziu o número de refeições, mas não distribuiu de forma equilibrada o consumo de alimentos durante sua rotina diária. Entendeu-se que a apresentação de um novo estímulo, a participação na pesquisa, não alterou os comportamentos alimentares, anteriormente

apresentados por esse sujeitos. Portanto, não se alterou o repertório comportamental alimentar desse sujeito, que manteve o mesmo padrão de comportamento alimentar.

Para o Sujeito III os fatores que compreenderam o processo psicológico, dentro da história interativa do indivíduo são descritos a seguir:

*Não foi possível levantar a história de competências, pelas razões inicialmente comentadas.

*estilo interativo: o sujeito demonstrou um estilo participativo, sendo reforçado pelo trabalho em grupo, esteve presente a todas as sessões.

*competências situacionais: este sujeito respondeu as condições de reforçamento e mudou o comportamento rapidamente, pois foi capaz de aumentar o tempo de atividades físicas em sua rotina de vida, utilizou as estratégias apresentadas durante a intervenção. Começou a se cuidar mais, sendo que começou a usar óculos, depois de ter iniciado sua participação na pesquisa, e estava diminuindo a quantidade de sal na alimentação, de acordo com sua própria afirmação.

*modulação biológica: apareceu neste sujeito, em termos de desenvolvimento uma tendência para engordar, devido a herança genética, pois tinha familiares gordos. Acrescido do tipo de alimentação que consumia, ou seja alimentava-se basicamente de alimentos do Grupo dos Energéticos.

Os resultados da conjunção destas variáveis (processos) são descritas em seus termos, a seguir:

*vulnerabilidade biológica: neste caso apareceu a propensão à obesidade, o sujeito passou a ganhar peso cada vez mais e aumentando o risco de desenvolver doenças associadas.

*condição biológica: de acordo com a classificação do IMC esse sujeito apresentava obesidade II, mais problemas (doenças) associados, como ronco e Hipertensão. E problemas

(doenças) não associados, como dificuldades no funcionamento do intestino e problemas na próstata.

*comportamentos instrumentais de prevenção e comportamentos associados à condição biológica: esse sujeito informou que procurou emagrecer para poder tratar do ronco e dos outros problemas de saúde. Aderiu ao programa e participou de todas as sessões. Buscou ajuda médica de um oftalmologista. Estava sempre trazendo as fichas de automonitoramento, embora tivesse várias dificuldades de escrita. Os comportamentos de risco, tais como não praticar atividades físicas, não buscar ajuda médica foram diminuindo, apontando uma mudança comportamental efetiva. Para este sujeito o Programa de Modificação do Comportamento Alimentar teve sucesso.

Para o Sujeito IV os fatores que compreenderam o processo psicológico, dentro da história interativa do indivíduo são descritos a seguir:

*Não foi possível levantar toda a história de competência. No entanto, destacou-se o fato de que esse sujeito seguiu a carreira de militar. Sendo que a carreira militar apresenta alguns aspectos específicos, tais como o seguimento rígido de regras, disciplina, e obediência a hierarquia. Acredita-se que provavelmente esses aspectos tenha favorecido o aproveitamento do Sujeito IV ao Programa de Modificação do Comportamento Alimentar, devido ao cumprimento de tarefas que eram pedidas a cada sessão.

*estilo interativo: este sujeito apresentou um estilo participativo, pois mesmo que faltasse as sessões trazia as fichas de automonitoramento, sendo que as preenchia de forma tão completa que às vezes usava mais de uma ficha.

*competências situacionais: esse sujeito foi capaz de introduzir atividades físicas na sua rotina, pois não realizava nenhum tipo de atividade física. Conseguiu ter autocontrole, por exemplo quando a esposa e a filha comiam doce, esse sujeito se retirava do local e ia para o quarto ler. Ou seja, buscava outras atividades alternativas diante do alimento, e o reforço a

longo prazo de perder peso, era mais forte do que o reforço imediato de comer. Pode-se dizer que esse sujeito apresentava resiliência frente ao ambiente que vivia.

*modulação biológica: apareceu neste sujeito, em termos de desenvolvimento uma tendência para engordar, devido a herança genética, pois tinha familiares gordos. Acrescido do tipo de alimentação que consumia, ou seja alimentava-se basicamente de alimentos do Grupo dos Energéticos.

Os resultados da conjunção destas variáveis (processos) são descritas em seus termos, a seguir:

*vulnerabilidade biológica: neste caso apareceu a propensão à obesidade, o sujeito passou a ganhar peso cada vez mais e aumentando o risco de desenvolver doenças associadas.

*condição biológica: de acordo com a classificação do IMC esse sujeito apresentava obesidade I e mais problema (doença) associado, como o nível elevado de colesterol.

*comportamentos instrumentais de prevenção e comportamentos associados a condição biológica: esse sujeito foi bastante participativo e aderiu as propostas oferecidas durante as intervenção. Contava que estava indo ao médico para fazer exames. E trazia as fichas de automonitoramento totalmente preenchidas. Os comportamentos de risco foram diminuindo, tais como introduzir atividade física em sua rotina diária, apontando uma mudança comportamental efetiva. Para este sujeito o Programa de Modificação do Comportamento Alimentar teve sucesso.

Para o Sujeito V os fatores que compreenderam o processo psicológico, dentro da história interativa do indivíduo são descritos a seguir:

*Não foi possível levantar a história de competências, pelas razões inicialmente comentadas.

*estilo interativo e competências situacionais: esse sujeito não foi participativo, pois o mesmo teve cinco faltas durante toda a pesquisa. Esse fato dificultou a descrição de todos os itens investigados, devido aos poucos dados coletados pela pesquisadora com esse sujeito.

*modulação biológica: apareceu neste sujeito, em termos de desenvolvimento uma tendência para engordar, devido a herança genética, pois tinha familiares gordos. Acrescido do tipo de alimentação que consumia, ou seja alimentava-se basicamente de alimentos do Grupo dos Energéticos.

Os resultados da conjunção destas variáveis (processos) são descritas em seus termos, a seguir:

*vulnerabilidade biológica: neste caso apareceu a propensão à obesidade, o sujeito passou a ganhar peso cada vez mais e aumentando o risco de desenvolver doenças associadas.

*condição biológica: de acordo com a classificação do IMC esse sujeito apresentava obesidade II e infarto recente há cinco meses antes do início da pesquisa.

*comportamentos instrumentais de risco e comportamentos associados a patologia biológica: esse sujeito tinha passado recentemente por uma cirurgia no coração, teve muitas dificuldades de saúde para aderir ao Programa de Modificação do Comportamento Alimentar. No entanto, esse sujeito mantinha seus comportamentos de riscos, como uma alimentação rica em alimentos do Grupo dos Energéticos. A proibição de realizar atividade física pelo médico era mais um fator que inibia uma perda de peso maior.

Para o Sujeito VI os fatores que compreenderam o processo psicológico, dentro da história interativa do indivíduo são descritos a seguir:

*Não foi possível levantar toda a história de competência. No entanto, esse sujeito contava que havia aprendido em um curso, a estar consumindo mais verduras em suas refeições.

*estilo interativo: esse sujeito se esquivava de se alimentar, pulando refeições, deixando de comer doces. Já fez cirurgia para retirada de gordura do abdômen.

*competências situacionais: esse sujeito demonstrou que tinha habilidades para monitorar seu comportamento alimentar, pois estava sempre comentando sobre os legumes que havia preparado. Mas manteve maior o consumo de alimentos do Grupo dos Energéticos do que Reguladores, embora essa diferença percentual fosse pequena. De alguma forma, seus hábitos alimentares eram bem balanceados em termos das escolhas dos tipos de alimentos.

*modulação biológica: apareceu neste sujeito, em termos de desenvolvimento uma tendência para engordar, devido a herança genética, pois tinha familiares gordos. Acrescido do tipo de alimentação que consumia, ou seja alimentava-se basicamente de alimentos do Grupo dos Energéticos.

Os resultados da conjunção destas variáveis (processos) são descritas em seus termos, a seguir:

*vulnerabilidade biológica: neste caso apareceu a propensão à obesidade, o sujeito passou a ganhar peso cada vez mais e aumentando o risco de desenvolver doenças associadas.

*condição biológica: de acordo com a classificação do IMC esse sujeito apresentava obesidade II, mais problema (doença) associado, como Hipertensão. E problema (doença) não associado, como Lúpus.

*comportamentos instrumentais de risco e comportamentos associados a condição biológica: esse sujeito fazia caminhadas, no entanto havia uma questão de culpa que sentia após alimentar-se, foi investigado a existência de diagnóstico Binge-eating (Transtorno de Compulsão Alimentar). No entanto, em relação a frequência dos ataques alimentares, demonstrou ser mais um problema alimentar do que um transtorno. Já que o sujeito disse que não eram frequentes, levantou-se a hipótese de que a frequência podia ser maior do que a descrita pelo sujeito.

Esse sujeito apresentou uma avaliação do programa bastante confusa, pois na sessão de pós-teste declarou ter aprendido algumas estratégias para mudança do comportamento alimentar. No entanto, no seguimento descreveu não ter aprendido nada.

Notou-se alguns aspectos de estado depressivo nesse sujeito, pois na sessão de seguimento, o sujeito trouxe um desenho e comentou que escrevia muito por se sentir só, nessa sessão o sujeito chorou. A pesquisadora demonstrou empatia e recomendou que o sujeito procurasse ajuda psicoterapêutica.

Talvez, isto indique que estados emocionais, tais como depressão, tristeza, solidão, podem impedir a aderência a um programa como este. Porque programas de modificação do comportamento alimentar, como este, implicam na perda reforçadores primários (comida) e a substituição destes por outros, tais como passear, sair, conversar com amigos, enfim usar DRO (differential reinforcer of other behavior), ou seja fazer outra coisa qualquer que não seja comer.

Para o Sujeito VII os fatores que compreenderam o processo psicológico, dentro da história interativa do indivíduo são descritos a seguir:

*Não foi possível levantar a história de competências, pelas razões inicialmente comentadas.

*estilo interativo: esse sujeito apresentou um estilo participativo, ao colaborar nas sessões com estratégias que utilizava para perda de peso, como comer em um prato menor para ter a sensação visual de que estava comendo muito e não colocar muita comida.

*competências situacionais: mesmo demonstrando ter adquirido habilidades para organizar sua alimentação durante o programa, ainda manteve um consumo percentual maior de alimentos do Grupo dos Energéticos.

*modulação biológica: apareceu neste sujeito, em termos de desenvolvimento uma tendência para engordar, devido a herança genética, pois tinha familiares gordos. Acrescido

do tipo de alimentação que consumia, ou seja alimentava-se basicamente de alimentos do Grupo dos Energéticos.

Os resultados da conjunção destas variáveis (processos) são descritas em seus termos, a seguir:

*vulnerabilidade biológica: neste caso apareceu a propensão à obesidade, o sujeito passou a ganhar peso cada vez mais e aumentando o risco de desenvolver doenças associadas.

*condição biológica: de acordo com a classificação do IMC esse sujeito apresentava obesidade II e problema (doença) associado, como Diabetes.

*comportamentos instrumentais de risco e comportamentos associados a condição: esse sujeito apresentava uma frequência alta do comportamento de sentir culpa em relação a sua alimentação. No entanto, não se confirmou a hipótese diagnóstica de Binge-eating (Transtorno de Compulsão Alimentar), seria necessário mais informações para ter clareza do diagnóstico. Em relação a frequência descrita pelo sujeito, demonstrou ser mais um problema alimentar do que um transtorno, já que o sujeito disse que não eram frequentes os ataques alimentares. Levantou-se a hipótese de que a frequência dos ataques poderia ser maior do que a descrita pelo sujeito.

Destacou-se à aderência desse sujeito que teve apenas uma falta durante todo o estudo, e por sua perda de peso lenta e constante acreditou-se que as estratégias foram adquiridas. No entanto, havia a presença de uma doença ou condição associada (diabete), que provavelmente dificultou a perda mais elevada de peso, mas não ganhou peso em nenhum momento desse estudo.

Para o Sujeito VIII os fatores que compreenderam o processo psicológico, dentro da história interativa do indivíduo são descritos a seguir:

*Não foi possível levantar a história de competências, pelas razões inicialmente comentadas.

*estilo interativo: esse sujeito apresentou um estilo participativo. No entanto, havia outras variáveis que estavam controlando o comportamento do Sujeito VIII, como a doença da mãe. Entende-se que o Sujeito VIII não apresentava nenhuma doença associada a obesidade, portanto cuidar da mãe, era uma condição mais importante do que participar do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar.

*competências situacionais: esse sujeito respondia aos reforços imediatos de cuidar da mãe adoentada. No entanto, participava das sessões do programa, fazia atividade física com regularidade. Compreende-se que esse sujeito estava passando por uma fase de vida muito difícil entre os cuidados com a mãe e os cuidados com sua própria saúde.

*modulação biológica: apareceu neste sujeito, em termos de desenvolvimento uma tendência para engordar, devido a herança genética, pois tinha familiares gordos. Acrescido do tipo de alimentação que consumia, ou seja alimentava-se basicamente de alimentos do Grupo dos Energéticos.

Os resultados da conjunção destas variáveis (processos) são descritas em seus termos, a seguir:

*vulnerabilidade biológica: neste caso apareceu a propensão à obesidade, o sujeito passou a ganhar peso cada vez mais e aumentando o risco de desenvolver doenças associadas.

*condição biológica: de acordo com a classificação do IMC esse sujeito apresentava obesidade II, sem nenhum outro prejuízo à saúde, portanto não se pode dizer que este sujeito era portador de uma doença.

*comportamentos instrumentais de risco e comportamentos associados à condição biológica: esse sujeito teve uma boa adesão ao programa, com uma única falta, a qual foi para cuidar da mãe que estava no interior e havia piorado o estado de saúde. Esse sujeito estava passando por dificuldades com sua mãe adoentada. No entanto, sua perda de peso foi lenta,

com pequenos ganhos de peso, mas não ultrapassou seu peso inicial em nenhum momento desse estudo.

Esse sujeito declarou fazer as estratégias ensinadas, tais como comer sem atividades paralelas, e fazer uma pequena pausa durante a alimentação. Fazia atividade física. No entanto, nos finais de semana ao lado dos filhos alimentava-se basicamente de bebidas e pizza, e durante a semana a maioria percentual dos alimentos eram do Grupo dos Energéticos.

Concluiu-se que tanto os sujeitos III e IV apresentavam disponibilidade em participar de forma ativa do programa. Ambos tinham fatores motivadores, ou seja problemas de saúde que estavam incomodando-os no presente. O Sujeito III queria fazer o tratamento do ronco e o médico havia recomendado que emagrecesse. E o Sujeito IV readquir sua performance física que estava perdendo, e se livrar de gozações dos amigos.

Enquanto que os outros sujeitos tinha problemas relacionados a Hipertensão, Diabete, Lúpus que são doenças possíveis de serem controladas com tratamento medicamentoso, e não trazem conseqüências negativas imediatas aos sujeitos. A única exceção é o Sujeito V que já havia sofrido o infarto. Também houve sujeitos que não apresentavam nenhum problema de saúde.

Desta forma destacou-se que a adesão ao programa esteve relacionada a variável motivação, no sentido do sujeito esquivar-se de um situação aversiva presente, e não de um mal futuro.

Avaliação do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar pelos próprios sujeitos da amostra.

Os sujeitos da amostra preencheram no pós-teste e seguimento a Ficha de Modificação do Comportamento Alimentar (Anexo XI). Objetivou-se obter dos sujeitos um registro do que tinha sido aprendido durante o Programa de Modificação do Comportamento Alimentar.

O Sujeito I relatou que aprendeu a fazer a parada durante a refeição, que ao voltar comer não sentia mais vontade. E de não fazer mais atividades paralelas com a refeição, tais como assistir televisão.

O Sujeito II relatou que aprendeu a comer mais verduras e legumes e estava evitando comer frituras e massas. Notou-se que esse sujeito não foi capaz de descrever claramente uma estratégia. O relato lembrou mais um regime/dieta, onde deixava-se de comer os alimentos. No entanto, o programa não propôs que evitasse alimentos, e sim a busca de uma alimentação equilibrada e a troca de alimentos, mas o enfoque estava nas estratégias de mudança do comportamento alimentar, tais como diferenciar sentimentos, como ansiedade, alegria e tristeza da sensação de fome.

O Sujeito III relatou substituições que fez em sua alimentação, por exemplo trocou dois pães por duas torradas, trocou o café por chá verde. Descreveu que comia um lanche entre as refeições, o que diminuiu o período de privação e evitava ataques à comida.

O Sujeito IV relatou que aprendeu a discriminar a sensação de fome, através da concentração em seu estômago e não em outros estímulos. Descreveu que aprendeu a não comer em excesso.

O Sujeito V relatou no período do pós-teste que havia aprendido a dar pausa durante a alimentação, deixar de jantar e comer guloseimas. Como esse sujeito participou de poucas sessões do programa, ficou difícil avaliar o seu aproveitamento. No entanto, não foi recomendado pelo programa a exclusão de nenhuma refeição.

O Sujeito VI relatou que no pós-teste havia aprendido a prestar atenção na qualidade e quantidade dos alimentos ingeridos, no entanto no seguimento disse que não aprendeu nada de novo. A resposta desse sujeito foi conflitante nos dois momentos de avaliação.

O Sujeito VII relatou que aprendeu a comer devagar. A diminuição do ritmo de comer torna-se importante para absorção dos nutrientes, e permite a percepção da saciedade pela pessoa.

O Sujeito VIII relatou que procurou comer menos, fazia paradas durante as refeições, não realizava atividades paralelas durante a alimentação, e comia em um só local da casa. Esse sujeito descreveu várias estratégias que foram trabalhadas no Programa de Modificação do Comportamento Alimentar.

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa objetivou avaliar a eficácia de um Programa de Modificação do Comportamento Alimentar, bem como identificar e compreender o comportamento alimentar de pessoas idosas e obesas.

A análise de cada sujeito da amostra, nesta pesquisa, revelou que dos oito sujeitos estudados, apenas dois sujeitos conseguiram perder mais peso durante a intervenção, a relação da perda de peso esteve vinculada a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC). Sendo que esses dois sujeitos apresentaram modificações no nível de atividade física, aumentaram a preocupação com os alimentos consumidos, alteraram suas classificações do índice de massa corporal e apresentavam a característica de terem problemas de saúde e sociais que os incomodavam no presente.

Observou-se ainda que os outros quatro sujeitos, que também perderam peso, no entanto não alteram suas classificações do Índice de Massa Corporal (IMC), apresentavam em comum a característica de não terem problemas de saúde e sociais que os incomodavam no presente.

Os dois sujeitos que ganharam peso, entre o início e o final da intervenção, apresentavam em comum a seguinte característica, ambos não tinham problemas sociais e nem de saúde, que os incomodavam no presente.

O estudo apresentou como resultados positivos a modificação do comportamento alimentar, em relação a escolha de um local da casa e a não realização de atividades paralelas durante as refeições.

As sessões em grupo proporcionaram trocas de experiências, ao possibilitar que cada sujeito pudesse se expor e observar a exposição dos outros, na busca de modelos para resolução de seus próprios problemas.

Concluída a pesquisa, identificou-se uma problemática: ausência de investigação no que se refere à motivação dos sujeitos para participarem de um programa de modificação do comportamento alimentar, portanto há a necessidade do controle da variável motivação para a composição de grupos de investigação, isso para estudos futuros.

Entende-se que um programa para modificação do comportamento alimentar em pessoas idosas e obesas deve ser destinado às pessoas que possam se beneficiar dele, para amenizar ou melhorar problemas vividos no cotidiano. Ou seja, promover mudanças que tragam algum tipo de bem-estar significativo para as pessoas, a curto-prazo, e evitem a presença de mal-estar temido aos indivíduos.

Um programa de curta duração pode não ser suficiente para que a pessoa tenha uma perda de peso significativa, e possa mantê-la. Ao se retirar as contingências programadas nas sessões a pessoa tende a retornar ao seu antigo repertório comportamental, ou seja o antigo comportamento alimentar. Para que a mudança comportamental integre-se ao repertório da pessoa é necessário que haja acompanhamento constante de profissionais especializados na área da obesidade.

Outra questão a ser considerada foi a ausência da orientação direta de uma nutricionista aos sujeitos participantes deste estudo. Notou-se que os sujeitos mantiveram de uma maneira geral, o mesmo padrão alimentar antes, durante e depois da intervenção, o que demonstra a importância de se ter apoio de uma nutricionista durante programas que objetivam a mudança do comportamento alimentar, e por conseguinte, a perda de peso. Percebe-se que a área da obesidade merece um enfoque multiprofissional.

Os dois sujeitos, que reduziram o peso após a intervenção, introduziram com frequência, a atividade física nos seus cotidianos. Dado esse fato levantou-se a necessidade de se ter apoio de um professor de Educação Física, durante o programa, para avaliar e orientar os sujeitos, a respeito da atividade física mais adequada.

O pequeno número de sujeitos da amostra podem ter resultado num baixo poder de generalização dos dados analisados. Por tratar de um estudo exploratório inicial que investigou as variáveis que influem no comportamento alimentar dos idosos obesos, outras investigações neste campo seriam desejáveis.

Espera-se que o presente estudo possa servir como estímulo para outras pesquisas que investiguem programas de intervenção com a participação de profissionais especializados na área da obesidade.

Futuras pesquisas poderão investigar a influência e a manipulação da variável motivação para o sucesso da perda de peso e a sua manutenção, em programas especializados, e a construção de um estudo sobre o perfil comportamental do obeso idoso, a fim de facilitar a identificação de um programa mais adequado à cada indivíduo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aida, E. (1983). Considerações Gerais Sobre a Alimentação do Idoso. São Paulo – S.P. *Cadernos da Terceira Idade* (11), 7-14.
- Ajzen, C. (1999). Psicoterapia Cognitiva Aplicada à 3ª Idade. São Paulo – S.P. *Revista de Psicologia – Catharsis* (27), 18.
- Allen, H.N. & Craighead, L. W. (1999). Appetite Monitoring in the Treatment of Binge Eating Disorder from University of North Carolina at Chapel Hill and University of Colorado at Boulder. *Behavior Therapy* (30), 253-272.
- Allison, D. B. & Saunders, S. E. (2000). Obesity in North America na Overview. *Medical Clinics of North America* 84 (2): 305-332
- American Psychiatric Association- APA (1994). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), 4ª edição, Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Anjos, L. A. (1992). Índice de Massa Corporal (Massa Corporal. Estatura²) como Indicador do Estado Nutricional de Adultos: Revisão da Literatura. São Paulo, S.P *Revista de Saúde pública* 26 (6), 431-6.
- Banaco, R. A. (1999). O acesso a eventos encobertos na prática clínica: um fim ou um meio? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 1, (2). P. 135-142.

- Beres, V. L.G. (1999). Quando nos tornamos velhos? Aspectos internos e externos desta questão. *Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo*. 283 p.
- Berino, J. H. (1998). Changing Health Behavior Via Telecommunications Technology: Using Interactive Television to Treat Obesity: from University of Vermont. *Behavior Therapy* (29), 505-519.
- Berquó, E. (1999). "Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil". In: Neri, A. L. & Debert, G. G. (orgs.). *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papyrus. - (Coleção Vivacidade), pp. 11 - 40.
- Brownell, K. D. (1995-a). History of Obesity. Em K. D. BROWNELL e C. G. FAIRBURN, *Eating Disorders and Obesity: a Comprehensive Handbook*. New York. The Guilford Press, pp. 381 – 385.
- Brownell, K. D. (1995-b). Definition and Classification of Obesity. In K. D. BROWNELL & C. G. FAIRBURN, *Eating Disorders and Obesity: a Comprehensive Handbook*. New York. The Guilford Press, pp. 386 – 390.
- Brownell, K. D. & O'Neil, P. M. (1999). Obesidade. In D. H. Barlow (org). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. Porto Alegre: Artmed, 2ª edição, pp. 355-403.

Cachioni, M. (1999). "Universidades da terceira idade: das origens à experiência brasileira".

In: Neri, A. L. & Debert, G. G. (orgs.). *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papirus. - (Coleção Vivacidade), pp. 141 - 178.

Cendes, I. L. (2001). "Fatores genéticos e envelhecimento". In: Neri, A. L. (org.).

Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus. - (Coleção Vivacidade), pp. 53 - 60.

Cesar, G. (2001). Da queixa espontânea à descrição de contingências de reforçamento. Em

H.J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (orgs.) *Sobre Comportamento e Cognição. Expondo a Variabilidade*. (pp. 35-48). Santo André, SP: Esetec, v. 8.

Chaimowicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vespéras XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*. S.P. 31, (2), abr., pp. 184-200.

Channon, S. & Wardle, J. (1994). Transtornos Alimentares. Em J. SCOTT, J.M.G.

WILLIAMS, A.T. BECK, e cols. *Terapia Cognitiva na Prática Clínica*. (trad. Dayse Batista). Porto Alegre: Artes Médicas.

Codás, T. A., Segal, A., Cardeal, M. V.(1998). Diagnóstico e quadro clínico. In T. A. Cordás

& cols. *Bulimia Nervosa: diagnóstico e proposta de tratamento*. São Paulo: Lemos Editorial, pp. 23 - 32.

Courchaine, K. E. & Dowd, E. T. (1995). Abordagens de Grupo. In F.M. Dattilio & A. Freeman (orgs.). *Estratégias Cognitivo-Comportamentais para Intervenção em Crises (volume II)*, pp. 299-318.

Debert, G. G. (1999). *A reinvenção da velhice: socialização e processo de reprivatização do envelhecimento*. S.P. Edusp.

Fairburn, C. G. & Cooper, P. J. (1997). Distúrbios Alimentares. Em K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk e D. M. Clark. *Terapia Cognitivo-comportamental para Problemas Psiquiátricos Um guia Prático*. São Paulo. S.P. Martins Fontes, pp. 391-443.

Fairburn, C.G. (1995). *Overcoming Binge Eating*.-New York: The Guilford Press.

França, L. H. & Soares, N. E. (1997). A importância das relações intergeracionais na quebra de preconceitos sobre a velhice. In R. P. Veras (org.). *Terceira Idade: desafios para o terceiro milênio*. R.J.: Relume-Dumará-UnATI/UERJ.

Freire, S. A. (2000). "Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico". In: Neri, A. L. & Freire, S. A. (orgs.). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus, pp. 21 - 31.

Fuller, P. R. Perri, M. G. Leermakers, E. A. & Guyer, L. K. (1998). Effects of a Personalized System of Skill Acquisition and an Educational Program in the Treatment of Obesity. *Addictive Behaviors*. 23 (1): 97-100.

- Gigante, D.P. (1997). Prevalência de Obesidade em Adultos e seus fatores de Risco. Porto Alegre, R. S. *Revista de Saúde pública* 31 (3), 236-46.
- Heller, D. C. L. & Kerbauy, R. R. (2000). Redução de peso: identificação de variáveis e elaboração de procedimentos com uma população de baixa renda e escolaridade. São Paulo, S.P. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* 2 (1), 31-52.
- IBGE (2002). Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. *Censo Demográfico de 2000*.
- Iñesta, E. R. (1990). *Psicologia de la salud*. Espanha: Libergraf.
- Jakicic, J. M. Winters, C. Lang, W. Wing, R. R. (1999). Effects of Intermittent Exercise and Use of Home Exercise Equipment on Adherence, Weight Loss, and Fitness in Overweight Women. *JAMA*. 282 (16): 1554-1560.
- Kagan, D. M. & Squires, R. L. (1987). Concern Over Weight and Dieting Scale (COWC). In K. Corcoran & J. Fischer. *Measures for Clinical Practice. A Sourcebook*. New York. The Free Press.
- Kaufman, A. (1998). Obesidade. São Paulo – S.P. *Revista de Psicologia – Catharsis* (19), 19-22.

Kerbaux, R. R. (1973). *Manipulação de condições antecedentes e consequentes do comportamento alimentar*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo-SP.

Kushner, R. F. & Weinsier, R. L. (2000) Evaluation of the Obese Patient. *Medical Clinics of North America*. 84 (2): 387-399.

Miglioli, F. A. (1998) *Descontrole Alimentar Episódico em Indivíduos Obesos*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia da PUCCAMP, PUCCAM. Campinas-SP.

Najas, M. S. Andreazza, R. Souza, A.L.M. Sachts, A. Guedes, A.C.B. Sampaio, L. R. Ramos, L. R. Tudisco, E.S. (1994). Padrão Alimentar de Idosos de Diferentes Estratos Socioeconômicos Residentes em Localidade Urbana da Região Sudeste, Brasil. São Paulo, S.P *Revista de Saúde pública* 28 (3), 187-91.

Nauta, H., Hospers, H., Kok, G. Jansen. A. (2000). A Comparison Between a Cognitive and a Behavioral Treatment for Obese Binge Eaters and Obese Non-Binge Eaters. Maastricht University, The Netherlands. *Behavior Therapy*. 31 (3), 441-461.

Negrão, A. B., Codás, T. A. & Salzano, F. T. (1998). Etiopatogenia. In T. A. Cordás & cols. *Bulimia Nervosa: diagnóstico e proposta de tratamento*. São Paulo: Lemos Editorial, pp. 41 - 46.

Neri, A. L. (2001-a). "Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e em sociologia". In: Neri, A. L. (org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papirus. - (Coleção Vivacidade), pp. 11 - 37.

Neri, A. L. (2001-b). "O fruto dá sementes: processo de amadurecimento e envelhecimento". In: Neri, A. L. (org.). *Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais*. Campinas: Papirus. - (Coleção Vivacidade), pp. 11 - 52.

Neri, A. L. (2001-c). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.

Neri, A. L. (2001-d). "Velhice e qualidade de vida na mulher". In: Neri, A. L. (org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papirus. - (Coleção Vivacidade), pp. 161 - 200.

Neri, A. L. & Cachioni, M. (1999). "Velhice bem-sucedida e educação" . In: Neri, A. L. & Debert, G. G. (orgs.). *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papirus. - (Coleção Vivacidade), pp. 113 - 140.

Netto, A. J. (1997). *Gerontologia básica*. S.P.: Lemos editorial.

Neto, E. A. J. (2001). "Tonar-se velho ou ganhar idade: o envelhecimento biológico revisitado". In: Neri, A. L. (org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papirus. - (Coleção Vivacidade), pp. 39 - 52.

Nunes, M. A. Olinto, M. T. A. Barros, F. C. Comey, S. (2001) Influência da Percepção do Peso e do Índice de Massa Corporal nos Comportamentos Alimentares Anormais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 23 (1): 21-7.

Peixoto, C. (1997). De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In R. P., Veras (org.). *Terceira idade: desafios para o terceiro milênio*. R.J.: Relume-Dumará. UnATI/UERJ.

Perri, M. G., Nezu, A. M. & Viegner, B. J. (1992). *Improving the long-term management of obesity: theory, research and clinical guidelines*. USA: John Weley & Sons, Inc.

Ramos, L. R. Rosa, T. E. C. Oliveira, Z. M. Medina, M. C. G. Santos, F.R.G. (1993). Perfil do Idoso em Área Metropolitana na Região Sudeste do Brasil: Resultados de Inquérito Domiciliar. São Paulo, S.P *Revista de Saúde pública* 27 (2), 87-94.

Ramos, L. R. Toniolo, J. Cendoroglo, M. S. Garcia, J.T. Najas, M. S. Perracini, M. Paola, C. R. Santos, F. C. Bilton, T. Ebel, S. J. Macedo, M. B.M. Almada, C. M. Nasri, F. Miranda, R. D. Gonçalves, M. Santos, A.L.P. Fraietta, R. Vivacqua, I. Alves, M.L.M. Tudisco, E.S (1998). Two-Year Follow-Up Study of Elderly Residents in São Paulo, Brazil: Methodology and Preliminary Results. São Paulo, S.P *Revista de Saúde pública* 32 (5), 397-407.

Revista Panamericana de Salud Publica (2001). Identifying, evaluating, and treating overweight and obesity in adults. *Revista American Journal of Public Health* 10 (2), 118-124.

- Rolls, B.J. & Bell, E.A. (2000). Dietary approaches to the treatment of obesity. *Medical Clinics of North America*. 84 (2), 401-418.
- Santos, G. E. R. Hiramatsu, C.S. & Duarte, A. L.N. (1996). Alimentação e hidratação do idoso. In R. A. P., Rodrigues & M. J. D., Diogo (orgs.). *Como cuidar dos idosos*. Campinas, S.P.: Papyrus - Coleção vivacidade.
- Schmitz, M. K. H. & Jeffery, R. W. (2000). Public Health Interventions for the Prevention and Treatment of Obesity. *Medical Clinics of North America*. 84 (2): 491-512.
- Simson, O. R. M. & Giglio, Z. G. (2001). "A arte de recriar o passado: história oral e velhice bem-sucedida". In: Neri, A. L. (org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papyrus. - (Coleção Vivacidade), pp. 141 - 160.
- Skinner, B. F. (1994). *Ciência e Comportamento Humano*. Tradução João Carlos Todorov e Rodolfo Azzi. São Paulo: Martins fontes, 9ª edição.
- Silva, V. L. M. (2000). Obesidade: o que nós, psicólogos, podemos fazer? Em R. C. Wielenska (org.). *Sobre Comportamento e Cognição: Questionando e Ampliando a Teoria e as Intervenções Clínicas e em Outros Contextos*. Santo André – S.P. vol. 6, cap. 33, pp. 276-281.
- Stuart, R. B. (1995). *Pense Magro e emagreça*. Trad. Isabel Paquet de Araripe. (6166 edição). Rio de Janeiro: Record.

Sunyer, F. X. P. (1995). Medical Complications of Obesity. Em K. D. Brownell e C. G. Fairburn, *Eating Disorders and Obesity: a Comprehensive Handbook*. New York. The Guilford Press, pp. 401 – 405.

Tate, D. F. Wing, R. R. Winett, R. A. (2001) Using Internet Technology to Deliver a Behavioral Weight Loss Program. *JAMA*, 285 (9): 1172-1777.

Vieira, D. F. (1999). A Velhice nos Tempos Atuais. São Paulo – S.P. *Revista de Psicologia – Catharsis* (25), 17-18.

Wadden, T. A. Foster, G. D. (2000) Behavioral Treatment of Obesity. *Medical Clinics of North America*. 84 (2): 441-461.

Wilson, G. T. (1999). *Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: progress and*

Problems. *Behaviour Research and Therapy*, 37: S79-S95.

Wilson, G. T. (1996). *Acceptance and Chance in the Treatment of Eating Disorders and Obesity. *Behavior Therapy*. 27: 417-439.*

ANEXOS

ANEXO I

CONSENTIMENTO INFORMADO

Estou ciente de que estou participando de uma pesquisa científica e de que todos os dados e informações concedidos serão totalmente sigilosos, não sendo revelados, de forma alguma, minha identificação.

Estou ciente também que não sou obrigado a participar deste estudo, podendo desistir a qualquer momento.

Os dados da presente pesquisa estarão a sua disposição se quiser tomar conhecimento deles.

Sujeito

ANEXO II

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO:

Sujeito n.º: _____

Nome: _____ telefone: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Profissão: _____

Atividade atual: _____

Escolaridade:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> não-alfabetizado | <input type="checkbox"/> ensino fundamental incompleto |
| <input type="checkbox"/> ensino fundamental completo | <input type="checkbox"/> ensino médio incompleto |
| <input type="checkbox"/> ensino médio completo | <input type="checkbox"/> ensino superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> ensino superior completo | |

Assinale quais doenças descritas abaixo você apresenta:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> Doenças Coronárias |
| <input type="checkbox"/> Doenças Respiratórias | <input type="checkbox"/> Câncer | <input type="checkbox"/> Artrite |

Caso assinale algumas das opções acima, responda:

Você está sob cuidados médicos:

- sim não

Você gostaria de participar de um programa de mudança dos hábitos alimentares?

- sim não

ANEXO III

FICHA DE PESO E ALTURA

Sujeito n.º: _____

Antes da medida:

1. Você sabe quanto está pesando?

() Sim _____aproximadamente

() Não

2. Você sabe qual sua altura?

() Sim _____aproximadamente

() Não

Após a medida:

1. Seu peso é _____

2. Sua altura é _____

ANEXO IV

CONSENTIMENTO INFORMADO DO PROGRAMA DE MODIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Estou ciente de que estou participando de forma voluntária do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar, que utilizará técnicas de registro de dados e tarefas a serem cumpridas.

O objetivo deste estudo é verificar a eficácia do programa de intervenção, fica garantido o anonimato e o sigilo das informações deste estudo, sendo que todos os dados serão utilizados somente para fins científicos.

Sujeito

ANEXO V

ROTEIRO DE ENTREVISTA I

Estou realizando um estudo sobre os comportamentos alimentares em pessoas da 3ª idade, irei precisar de informações simples que vão desde quais alimentos você consome, até se você se considera obeso.

1. Quais alimentos você costuma comer?

2. Cite quatro alimentos que você mais gosta de comer?

3. Cite quatro alimentos que você menos gosta de comer?

4. Quantas refeições você faz por dia?

4.1 .Quais são?

4.2 .Descreva os que você, geralmente, come em cada uma das refeições citadas.

5. Alguma vez teve problemas de saúde em função de excesso de peso?

()sim ()não

5.1 .Quais?

5.2 .O que você fez?

6. Você já fez algum tipo de dieta alimentar para redução de peso por motivo de doença?

()sim ()não

6.1 .Que tipo de dieta?

6.2 .Obteve sucesso?

()sim ()não

7. Já fez algum tipo de dieta alimentar por questões estéticas?

()sim ()não

7.1 Qual dieta?

7.2. Obteve sucesso?

()sim

()não

8. Você já teve problemas sociais relacionados a excesso de peso?

()sim

()não

8.1 .Como isso aconteceu?

9. Alguma vez você apresentou “ataques” `a comida ou comeu demais que chegou a passar mal?

()sim

()não

9.1 .Dê um exemplo:

9.2 Qual a frequência destes “ataques” em sua vida?

10. Em que local você faz suas refeições?

10.1.(Se for em casa) tem alguém que prepara suas refeições?

11. Você se considera obeso?

()sim ()não

Por quê?

11.1 Há outros indivíduos obesos na família?

()sim ()não

12. Realiza alguma atividade física?

()sim ()não

12.1 O que faz?

12.2.Quantas horas por semana realiza a atividade esportiva?

13.Tem algum tipo de doença?

()sim ()não

Qual?

14.Faz uso de alguma medicação?

()sim

()não

14.1.Quais?

“Muito obrigada por contribuir com suas informações. Afirmo que garanto o anonimato e que esses dados só serão usados para fins científicos”.

Lucilene de Alencar Silva

(mestranda da PUC-Campinas - bolsista CNPq)

ANEXO VI

HISTÓRICO DA OBESIDADE

Sujeito n.º: _____

Em seguida você encontrará uma lista de frases que se referem a atenção dada ao peso e dietas. Por favor, leia com atenção e assinale somente com um X a resposta que estiver mais de acordo com sua opinião:

A pior coisa de ser gordo(a) é:

- a) Não ter opinião
- b) Ser gozado
- c) Não se sentir sexy
- d) Ser impopular
- e) Sentir-se mal a respeito de si mesmo

Qual é a maior quantidade de peso que você já perdeu em uma dieta?

- a) Nunca fiz dieta
- b) Até 5 quilos
- c) De 6 à 10 quilos
- d) 11 à 15 quilos
- e) Mais de 15 quilos

Você acha que esta fora do peso agora?

- a) Não sei
- b) Não
- c) Sim, menos de 5 quilos
- d) Sim, entre 5 e 10 quilos
- e) Sim, mais de 10 quilos

Com que frequência você pula uma refeição para perder peso?

- a) Nunca
- b) Uma ou duas vezes por ano
- c) Uma vez por mês
- d) Uma vez por semana
- e) Mais de uma vez por semana

Com que frequência você evita comer alimentos que engordam, como doces, para perder peso?

- a) Nunca
- b) Às vezes
- c) Uma vez por mês
- d) Uma vez por semana
- e) Mais de uma vez por semana

Com que frequência você se odeia ou sente culpa por não conseguir parar de comer demais?

- a) Nunca
- b) Às vezes
- c) Uma vez por mês
- d) Uma vez por semana
- e) Mais de uma vez por semana

Com que frequência você fica sem comer nada sólido por 24 horas ou mais, para perder peso?

- a) Nunca
- b) Às vezes
- c) Uma vez por mês
- d) Uma vez por semana
- e) Mais de uma vez por semana

Se um curso especial para controle de peso fosse feito você o faria?

- a) Não sei
- b) Não
- c) Provavelmente não
- d) Provavelmente sim
- e) Certamente sim

Com que frequência você sente culpa depois de comer?

- a) Nunca
- b) Às vezes
- c) Frequentemente
- d) Muito frequentemente
- e) Todas às vezes

Com que frequência você está consciente do valor calórico dos alimentos que você está comendo?

- a) Nunca
- b) Às vezes
- c) Frequentemente
- d) Muito frequentemente
- e) Todas às vezes

Que idade você tinha quando você começou a se preocupar com seu peso?

- a) Nunca
- b) Menos de 12 anos
- c) 13 ou 14 anos
- d) 15 ou 16 anos
- e) 17 ou 18 anos

Quantas vezes você já experimentou um desses métodos, listados, para perder peso?

Remédios (pílulas, líquidos)

- a) Nunca
- b) Uma vez
- c) Duas vezes
- d) Três vezes
- e) Mais de três vezes

Clínicas de saúde ou exercícios (incluindo danças)

- a) Nunca
- b) Uma vez
- c) Duas vezes
- d) Três vezes
- e) Mais de três vezes

Dietas publicadas em livros, revistas, recomendadas por amigos ou parentes.

- a) Nunca
- b) Uma vez
- c) Duas vezes
- d) Três vezes
- e) Mais de três vezes

ANEXO VII

FOLHA DE AUTOMONITORAMENTO

Sujeito: _____		data: ____ / ____ / ____		
Horário da alimentação	Quais e a quantidade de alimentos consumidos	O que estava fazendo e/ou como se sentia antes e depois de se alimentar		
		antes	depois	Outras observações

ANEXO VIII

FICHA DE PESO SEMANAL

Sujeito n.º: _____

Sessão n.º: _____

Após a medida:

1. Seu peso é: _____

2. Sua altura é: _____



ANEXO IX

GUIA DE LANCHE MODELO

Todos os lanches podem ser acompanhados de sucos, sendo que o suco de limão possui 12 calorias, suco de acerola com água possui 43 calorias, suco de caju com água possui 11 calorias, segundo a Revista Dieta Já – fev 2000 página 9, ano 5 n.º 41 editora Símbolo.

Lanche n.º 1 - para segunda sessão.

Bolo de Fubá

Ingredientes:

8 colheres de sopa de fubá peneirado

6 colheres de sopa de farinha de trigo

3 colheres de sopa mais 1 colher de chá de margarina light

3 ovos, separados

1 pitada de sal

1 colher de sopa de fermento em pó

12 pacotes de adoçantes em pó

1 colher de chá de erva-doce

6 colheres de leite desnatado em pó, dissolvido em 1 xícara de água.

Modo de preparo:

Unte uma forma redonda média com 1 colher de chá de margarina e farinha de trigo. Numa batedeira, junte o fubá, a farinha e a margarina, e bata até a massa esfarelar. Adicione as gemas, o sal, o fermento, o adoçante, a erva-doce e o leite dissolvido e misture até virar uma massa homogênea. Numa outra tigela; bata as claras em neve e junte à mistura de farinha,

cuidadosamente. Despeje em forma untada e leve ao forno médio por 35-40 min., ou até que um palito inserido saia limpo.

Rende: 6 porções

Calorias: 178

Revista Pense Leve, ano 9 n.º96 junho de 2000 página. 48

Lanche n.º 2 - para terceira sessão.

Maçã Cozida

Ingredientes:

4 maçãs médias cortadas em pedaços e sem sementes

½ xícara de água

2 colheres de sopa de mel

½ colher de chá de canela

¼ colher de noz-moscada

½ xícara de uva passa

Modo de preparo:

Numa panela, coloque a água e a maçã para ferver. Cozinhe em fogo brando por 10 minutos.

Adicione o resto dos ingredientes e misture bem. Sirva quente ou morno.

Rende: 6 porções

Calorias: 111 por porção

Revista Pense Leve ano 9 n.º 106 abril de 2001 página. 50

Lanche n.º 3 - para quarta sessão.

Omelete de Pimentão e Cebola

Ingredientes:

1 colher de chá de azeite

½ xícara de cebola picada

½ xícara de pimentão verde picado

½ xícara de pimentão vermelho picado

½ xícara de tomate picado

4 ovos batidos

¼ colher de chá e sal

1 pitada de pimenta calabresa

Modo de preparo:

Numa forma para microondas de 20 cm, misture o azeite, os pimentões e o tomate. Cozinhe em potência alta por 5 minutos, mexendo duas vezes, e transfira para uma tigela. Reserve.

Numa outra vasilha, junte os ovos batidos, 1 colher de sopa de água, o sal e a pimenta.

Despeje a mistura na forma usada e cozinhe em potência alta por mais 1-2 minutos, ou até firmar. Antes de servir, espalhe a mistura de pimentão no centro do omelete e feche.

Rende: 2 porções

Calorias: 170

Revista Pense Leve ano 98 n.º 9 agosto de 2000- pag.40

Lanche n.º 4 - para quinta sessão.

Pudim de Leite

Ingredientes:

2 xícaras (chá) de leite em pó desnatado

1 xícara (chá) de leite desnatado

4 ovos

1 xícara (chá) de adoçante próprio para ir ao fogo.

Para untar:

1 colher de sopa de margarina light

Para a calda:

1 xícara de chá de água

1 xícara de suco de maçã sem açúcar

½ xícara (chá) de uva passa preta

½ xícara (chá) de adoçante próprio para ir ao fogo

Modo de preparo:

Prepare o pudim: coloque os ingredientes no liquidificador e bata até misturar bem. Retire e coloque em uma forma própria para pudim de 22 cm de diâmetro. Leve para assar em banho-maria em forno médio por 40 minutos. Retire, deixe esfriar e desenforme em seguida.

Prepare a calda: numa panela coloque todos os ingredientes, leve ao fogo e deixe cozinhar por 5 minutos ou até reduzir. Deixe esfriar. Coloque o pudim na geladeira até o momento de servir. Na hora de pôr na mesa, despeje a calda por cima, Se quiser, uma boa dica enfeitar o prato com um raminho de hortelã e uma flor vermelha.

Rende: 8 porções

Calorias: 148 por porção

Revista Dieta Já- ano 5 n.º 41 fevereiro de 2000 página 62 editora Símbolo

Lanche n.º 5 - para sexta sessão.

Pão de Limão

Ingredientes:

2 ¼ xícaras de farinha de trigo

2 colheres de chá de fermento em pó

2 colheres de sopa de raspa de limão

¾ xícara de açúcar

2 ovos

¼ xícara de margarina

1/3 xícara de leite desnatado

6 rodélas finas de limão para enfeitar

½ xícara de chantilly light em spray

Modo de preparar:

Preaqueça o forno médio. Unte uma forma de pão de 22cm x 12 cm com gotinhas de óleo. Numa tigela, junte a farinha, o fermento e a raspa de limão. Reserve. Numa batedeira bata o açúcar, os ovos e a margarina até a mistura dobrar de volume. Adicione a mistura de farinha e o leite, alternando. Bata de novo até ficar uma mistura cremosa. Transfira para a forma e asse por 50 – 55 minutos ou até que um palito inserido saia limpo. Corte em 12 fatias, enfeite com as fatias de limão e sirva acompanhado de ½ colher de sopa de chantilly spray.

Rende: 12 porções

Calorias: 230 cada porção.

Revista “Pense Leve” ano 9 n.º 103 janeiro de 2001- página. Encarte

Lanche nº6 – para sétima sessão.

Fusili Primavera

Ingredientes:

½ cebola pequena picada

2 colheres de chá de azeite

1 xícara de floretes de brócolis

2 cenoura cortadas em fatias

1 xícara de cogumelos em fatias pequenas

1 abobrinha em fatias

2 dentes de alhos picados

1 xícara de molho de tomate

1 colher de sopa de salsa picada

1 ½ xícara de caldo de galinha

¼ colher se chá de orégano

1 pitada de alecrim e de pimenta do reino

1 xícara de macarrão fusili (parafuso)

1 colher de sopa de queijo parmesão ralado

Modo de preparo:

Numa panela não-aderente grande, refogue a cebola no azeite. Junte o brócolis e a cenoura e cozinhe mexendo por 5 minutos. Acrescente o cogumelo, a abobrinha, o alho e cozinhe por mais 2 minutos. Adicione a polpa de tomate, a salsa, o caldo de galinha, o orégano, o alecrim e a pimenta. Cozinhe, mexendo sempre, até levantar fervura, abaixe o fogo, tampe a panela e deixe cozinhar até os vegetais amolecerem. Cozinhe o macarrão al dente em bastante água, escorra, coloque numa tigela e despeje o molho. Salpique com o parmesão e sirva imediatamente

Rende: 4 porções

Colorias: 121

ANEXO X

ORIENTAÇÕES E SUGESTÕES DE CUIDADOS COM A SAÚDE

São orientações e sugestões para cuidados com a sua saúde:

- Consuma pequenas quantidades de alimentos durante as refeições;
- Faça exercícios acompanhado de orientações médicas ou de um especialista;
- Cuidado com as alimentações muito gordurosas, prefira consumir alimentos cozidos ou assados;
- Reduza o consumo de álcool e doces, dê preferência a frutas, verduras e legumes;
- Não saia de casa com fome. Evite os ataques!
- beba bastante água. Troque refrigerantes por suco de frutas;
- Não fique muito tempo sem comer. Programe sua alimentação e o que vai comer;
- Ao fazer um lanche evite as fritura, consuma uma fruta, um iogurte desnatado, barra de cereais light, troque os queijos amarelos pelos brancos;
- Troque alimentos preparados à milanesa, cremoso, fritos e à parmegiana por alimentos preparados no vapor, grelhados e assados.

ANEXO XI

FICHA DE MODIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Sujeito n.º: _____

Após você ter participado do Programa de Modificação do Comportamento Alimentar, nas últimas semanas você percebeu alguma mudança significativa no seu comportamento alimentar?

() sim

() não

Se sim, dê exemplo dessa mudança percebida:

ANEXO XII

TABELA SOBRE PESO, ALTURA E IMC de AMBOS os SEXOS

SU JEI TOS	SE XO	1ª MEDIDA (n=59)			2ª MEDIDA (n=44)			3ª MEDIDA (n=37)		
		PESO/ Kg	ALTU RA	IMC	PESO/ Kg	ALTU RA	IMC	PESO/ Kg	ALTU RA	IMC
1	F	56,700	1,46	26,6	56,900	1,46	26,7	57,800	1,46	27,1
2	M	81,500	1,72	27,5	79,100	1,72	26,7	81,000	1,72	27,4
3	F	70,500	1,47	32,6	68,500	1,47	31,7	68,400	1,47	31,7
4	F	96,000	1,64	35,7						
5	F	75,000	1,57	30,4	74,500	1,57	30,2			
6	F	92,000	1,53	39,3	90,700	1,53	38,7			
7	F	59,200	1,46	27,8						
8	F	55,700	1,44	26,9				55,200	1,44	26,6
9	F	42,700	1,37	22,8	42,700	1,37	22,8	44,300	1,37	23,6
10	F	58,800	1,56	24,2	55,500	1,56	22,8	55,200	1,56	22,7
11	F	59,700	1,56	24,5	56,400	1,56	23,2			
12	F	74,000	1,67	26,5	73,200	1,67	26,2	72,400	1,67	26,0
13	F	60,000	1,61	23,1				61,500	1,61	23,7
14	M	72,500	1,56	29,8	76,100	1,56	31,3	77,000	1,56	31,6
15	F	67,300	1,48	30,7	67,300	1,48	30,7	68,200	1,48	31,1
16	F	63,200	1,54	26,6	63,200	1,54	26,6	65,500	1,54	27,6
17	F	76,500	1,58	30,6	76,300	1,58	30,6	76,700	1,58	30,7
18	F	60,400	1,63	22,7	59,000	1,63	22,2	60,000	1,63	22,6
19	F	69,500	1,60	27,1	69,000	1,60	27,0			
20	F	70,500	1,54	29,7						
21	F	60,500	1,52	26,2						
22	F	68,700	1,63	25,9	66,200	1,63	24,9			
23	F	55,700	1,50	24,8						
24	F	57,600	1,56	23,7	56,000	1,56	23,0			
25	F	72,200	1,62	27,5	70,300	1,62	26,8	71,900	1,62	27,4
26	F	63,500	1,56	26,1	62,700	1,56	25,8	61,800	1,56	25,4
27	F	66,800	1,51	29,3	65,500	1,51	28,7	63,900	1,51	28,0
28	F	65,500	1,47	30,3	62,900	1,47	29,1	62,500	1,47	28,9
29	F	78,300	1,66	28,4	78,800	1,66	28,6	78,900	1,66	28,6
30	F	84,300	1,63	31,7	80,300	1,63	30,2			
31	F	62,700	1,54	26,4						
32	F	63,000	1,60	24,6	62,400	1,60	24,4	62,900	1,60	24,6
33	F	61,700	1,56	25,4	61,100	1,56	25,1	60,900	1,56	25,0
34	F	56,500	1,54	23,8						

35	F	68,600	1,52	29,7	68,300	1,52	29,6	68,700	1,52	29,7
36	F	74,600	1,62	28,4	73,000	1,62	27,8	74,000	1,62	28,2
37	F	80,800	1,54	34,1	80,000	1,54	33,7			
38	F	81,200	1,54	34,2	81,700	1,54	34,4	81,200	1,54	34,2
39	F	60,000	1,58	24,0	58,000	1,58	23,2			
40	F	107,000	1,63	40,3	102,900	1,63	38,7			
41	F	62,800	1,55	26,1	65,200	1,55	27,1	66,900	1,55	27,8
42	F	53,500	1,53	22,9	55,200	1,53	23,6	57,500	1,53	24,6
43	M	83,000	1,72	28,1	81,900	1,72	27,7	81,900	1,72	27,7
44	M	70,300	1,56	28,9	68,500	1,56	28,1	67,600	1,56	27,8
45	F	71,000	1,58	28,4				81,000	1,58	32,4
46	F	61,000	1,60	23,8	60,700	1,60	23,7	59,000	1,60	23,0
47	F	60,200	1,46	28,2						
48	F	62,400	1,56	25,6	61,500	1,56	25,3	62,200	1,56	25,6
49	F	90,800	1,61	35,0	91,800	1,61	35,4			
50	F	66,400	1,58	26,6						
51	F	67,100	1,53	28,7	67,500	1,53	28,8	67,000	1,53	28,6
52	F	45,000	1,39	23,3				45,500	1,39	23,5
53	F	57,800	1,48	26,4						
54	F	74,200	1,76	24,0	75,500	1,76	24,4	77,600	1,76	25,1
55	F	70,000	1,58	28,0	70,000	1,58	28,0	69,400	1,58	27,8
56	F	64,900	1,51	28,5	63,000	1,51	27,6	63,200	1,51	27,7
57	F	58,000	1,45	27,6	57,400	1,45	27,3	57,600	1,45	27,4
58	F	68,800	1,52	29,8				74,400	1,52	32,2
59	F	70,900	1,63	26,7	68,900	1,63	25,9			
TOTAL										
		4.009,000	91,920	1.646,719	3.025,600	69,120	1.224,646	2.460,700	57,590	1.013,842
MÉDIA		67,949	1,56	27,9	68,764	1,57	27,8	66,505	1,56	27,4
DP		11,664			11,245			9,483		

ANEXO XIII

ROTEIRO DE ENTREVISTA II

Abaixo segue questões de diagnóstico utilizadas no pós-teste e segmento.

Sujeito n.º: _____

Quais alimentos você costuma comer?

Cite quatro alimentos que você mais gosta de comer?

Cite quatro alimentos que você menos gosta de comer?

Quantas refeições você faz por dia?

Quais são?

Descreva os que você, geralmente, come em cada uma das refeições citadas.

Em que local você faz suas refeições?

(Se for em casa) tem alguém que prepara suas refeições?

Você se considera obeso?

sim

não

Por quê?

Realiza alguma atividade física?

sim

não

O que faz?

Quantas horas por semana realiza a atividade esportiva?

Lucilene de Alencar Silva

(mestranda da PUC - Campinas- bolsista CNPq)

ANEXO XIV

QUESTÕES DO HISTÓRICO DA OBESIDADE

A seguir você encontrará uma lista de frase que se referem a atenção dada ao peso e dietas. Por favor, leia com atenção e assinale somente com um X a resposta que estiver mais de acordo com sua opinião:

A pior coisa de ser gordo(a) é:

- a) Não ter opinião
- b) Ser gozado
- c) Não se sentir sexy
- d) Ser impopular
- e) Sentir-se mal a respeito de si mesmo

Você acha que esta fora do peso agora?

- a) Não sei
- b) Não
- c) Sim, menos de 5 quilos
- d) Sim, entre 5 e 10 quilos
- e) Sim, mais de 10 quilos

Com que frequência você pula uma refeição para perder peso?

- a) Nunca
- b) Uma ou duas vezes por ano
- c) Uma vez por mês
- d) Uma vez por semana
- e) Mais de uma vez por semana

Com que frequência você evita comer alimentos que engorda, como doces, para perder peso?

- a) Nunca
- b) Às vezes
- c) Uma vez por mês
- d) Uma vez por semana
- e) Mais de uma vez por semana

Com que frequência você se odeia ou sente culpa por não conseguir parar de comer demais?

- a) Nunca
- b) Às vezes
- c) Uma vez por mês
- d) Uma vez por semana
- e) Mais de uma vez por semana

Com que frequência você fica sem comer nada sólido por 24 horas ou mais, para perder peso?

- a) Nunca
- b) Às vezes
- c) Uma vez por mês
- d) Uma vez por semana
- e) Mais de uma vez por semana

Com que frequência você sente culpa depois de comer?

- a) Nunca
- b) Às vezes
- c) Frequentemente
- d) Muito frequentemente
- e) Todas as vezes

Com que frequência você está consciente do valor calórico dos alimentos que você está comendo?

- a) Nunca
- b) Às vezes
- c) Frequentemente
- d) Muito frequentemente
- e) Todas as vezes