

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FISIOLÓGICAS – DCF
CURSO DE NUTRIÇÃO

FERNANDO ANTONIO DE SOUSA JUNIOR

**ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR, PAUTADOS NO
MODELO TRANSTEÓRICO EM INDIVÍDUOS COM EXCESSO DE PESO
ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE SÃO LUÍS – MA**

São Luís
2018

FERNANDO ANTONIO DE SOUSA JUNIOR

**ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR, PAUTADOS NO
MODELO TRANSTEÓRICO EM INDIVÍDUOS COM EXCESSO DE PESO
ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE SÃO LUÍS – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Nutrição da
Universidade Federal do Maranhão para
obtenção do grau de Bacharel em
Nutrição.

Orientadora: Profa. Dra. Deysianne Costa
das Chagas.

São Luís
2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Sousa Junior, Fernando Antonio de.

Estágios de mudança de comportamento alimentar,
pautados no modelo transteórico em indivíduos com excesso
de peso atendidos em Unidades Básicas de Saúde de São Luís
MA / Fernando Antonio de Sousa Junior. - 2018.
51 f.

Orientador(a): Deysianne Costa das Chagas.

Curso de Nutrição, Universidade Federal do Maranhão,
Universidade Federal do Maranhão, 2018.

1. Atenção primária à saúde. 2. Comportamento
alimentar. 3. Obesidade. I. Chagas, Deysianne Costa das.
II. Título.

FERNANDO ANTONIO DE SOUSA JUNIOR

**ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR, PAUTADOS NO
MODELO TRANSTEÓRICO EM INDIVÍDUOS COM EXCESSO DE PESO
ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE SÃO LUÍS – MA**

Trabalho de Conclusão do Curso de Nutrição apresentado à banca de defesa do
Curso de Graduação de Nutrição da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

Banca Examinadora:

Orientadora: Profa. Dra. Deysianne Costa das Chagas.
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Examinadora: Profa. Dra. Kátia Danielle Araújo Lourenço Viana
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Examinadora: Profa. Dra. Poliana Cristina De Almeida Fonseca
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Dedico as mulheres mais importantes da minha vida (avó e mãe), Regina Lopes Souza e Margareth Silva que sempre acreditaram no meu potencial.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que é Pai e Todo Poderoso, por ter me dado a oportunidade de realizar esse sonho e pelas bondades concedidas. Sou extremamente grato a Ele, por tudo que fez, pelo que faz e por tudo que irá fazer, a Ele toda minha gratidão e amor.

À minha mãe e irmãos, pelo amor incondicional e apoio em todas as fases da minha vida, obrigado pelo cuidado, afeto e amor que sentem por mim. À minha avó, Regina Lopes, na qual decido exclusivamente esse trabalho, que me ajudou, me fez ver quem realmente eu sou e mostrou todo meu potencial. Obrigado pelas palavras de incentivo, elas serão eternas.

Aos meus amigos, Jimmy Santos, Filipe Lago, Marcelo Almeida, por estarem comigo nessa caminhada da vida, que mesmo de forma indireta cooperaram para meu crescimento pessoal e profissional. Todo meu carinho e reconhecimento a vocês.

Aos amigos que a UFMA me proporcionou e que participaram efetivamente na minha graduação até a vida pessoal. À DeJane, Mayadila, Sarah e Stephany, pelo apoio e companheirismo nesses anos juntos, não sei o que seria da minha graduação sem vocês. À Andreza, Andressa, Ana Paula e Elayne, gratidão por todos os momentos compartilhados, espero levar nossa amizade por muitos e muitos anos.

À Universidade Federal do Maranhão, à Coordenação de Nutrição, seu corpo docente que foi peça chave para o desenvolvimento da minha vida acadêmica, à direção, administração e aos colaboradores. Em especial, aos professores do curso de Nutrição, serei eternamente grato.

À minha orientadora, Deysianne Chagas, pelo zelo e atenção na orientação do trabalho e pela disposição em conceder seu tempo para que o mesmo fosse realizado.

A toda equipe do Expeso, pelo empenho e dedicação ao projeto na coleta de dados e a todos os pacientes que participaram da pesquisa.

E por fim, a todos que contribuíram de forma direta ou indireta para realização deste trabalho.

“A felicidade pode ser encontrada mesmo nas horas mais difíceis, se você lembrar de acender a luz”

(J.K ROWLING)

LISTA DE SIGLAS

CC	Circunferência da cintura
CCM	Complicações cardiometabólicas
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
IMC	Índice de Massa Corporal
MT	Modelo Transteórico
OMS	Organização Mundial da Saúde
SM	Salário Mínimo
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Características socioeconômicas e demográficas de indivíduos com excesso de peso. São Luís - MA, 2018.....20
- Tabela 2** - História e percepção de saúde e estado nutricional de indivíduos com excesso de peso. São Luís - MA, 2018.....21
- Tabela 3** - Características socioeconômicas, demográficas, história e percepção de saúde e estado de saúde e antropométricas dos indivíduos segundo os grupos pré-ação e ação para o domínio tamanho e quantidade das porções. São Luís - MA, 2018.....23
- Tabela 4** - Características socioeconômicas, demográficas, história e percepção de saúde e estado de saúde e antropométricas dos indivíduos segundo os grupos pré-ação e ação para o domínio quantidade de gordura na dieta. São Luís - MA, 2018.....24
- Tabela 5** - Características socioeconômicas, demográficas, história e percepção de saúde e estado de saúde e antropométricas dos indivíduos segundo os grupos pré-ação e ação para o domínio consumo de frutas e verduras. São Luís - MA, 2018.....26

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Estágios de mudança de comportamento em relação aos domínios tamanho e quantidade das porções, quantidade de gordura na dieta e consumo de frutas e verduras. São Luís - MA,2018.....	22
--	----

JUNIOR, Fernando Antonio de Sousa, **Estágios de mudança de comportamento alimentar, pautados no modelo transteórico em indivíduos com excesso de peso atendidos em Unidades Básicas de Saúde de São Luís – MA**, 2018, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 50p.

RESUMO

O Modelo Transteórico (MT) foi desenvolvido para entender a mudança de comportamento relacionado à saúde. Recentemente, tem sido utilizado para avaliar os estágios de mudança do comportamento alimentar. O presente trabalho teve como objetivo avaliar os estágios de mudança de comportamento alimentar, pautado no MT. Trata-se de um estudo transversal com uma amostra de 60 indivíduos com excesso de peso atendidos em duas Unidades Básicas de Saúde de São Luís, Maranhão. Foram coletados dados socioeconômicos, percepção de saúde, avaliação do estágio de prontidão para mudança do comportamento alimentar e antropometria (índice de massa corporal (IMC) e circunferência da cintura (CC)). Os resultados foram analisados no programa estatístico Stata, versão 14.0. Foi adotado o intervalo de confiança 95% (IC 95%). Os resultados mostraram que entre a população estudada, a maioria foi do sexo feminino (98,7%), com 41 anos ou mais (68,3%), vivendo sem companheiro (55,0%), com renda entre 1 a 2 salários mínimos (41,4%) e escolaridade de 9 a 14 anos de estudos (70,0%), apresentando alguma doença crônica não transmissível (82,4%), considerando seu estado de saúde razoável (46,7%), classificados com obesidade (63,3%) e risco muito elevado de complicações cardiometabólicas (91,7%) pela CC. Entre os domínios estudados, os estágios de mudança de comportamento com maiores percentuais foram estágio de decisão para o domínio tamanho e quantidade das porções (35%); estágio de manutenção para o domínio quantidade de gordura na dieta (46,7%) e para o domínio consumo de frutas e verduras (43,3%). Nos domínios tamanho e quantidade das porções e consumo de frutas e verduras foram observados diferentes percentuais entre as características socioeconômicas, demográficas, condições de saúde e estado nutricional nos estágios de pré-ação e ação, embora essas diferenças não sejam estatisticamente significantes. Conclui-se que a utilização do MT é um importante instrumento para avaliar os estágios de mudança de comportamento alimentar, possibilitando a elaboração de condutas específicas para o indivíduo conforme o seu estágio de mudança, além de melhorar as estratégias nutricionais voltadas para os indivíduos com excesso de peso.

Palavras chaves: Comportamento alimentar. Obesidade. Atenção Primária à saúde.

JUNIOR, Fernando Antonio de Sousa, **Estágios de mudança de comportamento alimentar, pautados no modelo transteórico em indivíduos com excesso de peso atendidos em Unidades Básicas de Saúde de São Luís – MA**, 2018, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 50p.

ABSTRACT

The Transtheoric Model (TM) was developed to understand the behavioral change related to health. Recently, it has been used to evaluate the stages of change in eating behavior. The present work had as objective to evaluate the stages of change of feeding behavior, based on MT. This is a cross-sectional study with a sample of 60 overweight individuals attended at two Basic Health Units of São Luís, Maranhão. Socioeconomic data, health perception, stage of readiness to change food behavior and anthropometry (body mass index (BMI) and waist circumference (WC) were collected. The results were analyzed in the statistical program Stata, version 14.0. The 95% confidence interval (95% CI) was adopted. The results showed that among the population studied, the majority were female (98.7%), 41 years old or older (68.3%), living without a partner (55.0%), with income between 1 and 2 (41.4%) and schooling from 9 to 14 years of schooling (70.0%), with some chronic non-transmissible disease (82.4%), considering their reasonable health status (46.7%), classified as obese (63.3%) and very high risk of cardiometabolic complications (91.7%) by CC. Among the domains studied, the stages of behavior change with higher percentages were decision stage for the domain size and quantity of the portions (35%); maintenance stage for the amount of fat in the diet (46.7%) and for the field of fruit and vegetable consumption (43.3%). In the domains size and quantity of portions and consumption of fruits and vegetables different percentages were observed between the socioeconomic, demographic, health conditions and nutritional status in the preaction and action stages, although these differences were not statistically significant. It is concluded that the use of TM is an important tool to evaluate the stages of change in eating behavior, allowing the development of specific behaviors for the individual according to their stage of change, as well as improving nutritional strategies for individuals with excess of weight.

Key words: Feeding behavior. Obesity. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
3 MÉTODOS	17
4 RESULTADOS	20
5 DISCUSSÃO	27
6 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	34
ANEXO	38

1 INTRODUÇÃO

O comportamento alimentar envolve diversos fatores e para modifica-lo é necessário entender os elementos que o influenciam e seus determinantes. Aspectos sociodemográficos, comportamentais, psicossociais e sociocognitivos (como a motivação), colaboram para definir o perfil nutricional de um indivíduo, trazendo impactos significativos ao seu estado de saúde (BENTO et al., 2016).

Este comportamento não está limitado somente ao alimento (qual, quanto, como, onde e com quem comemos), mas envolve elementos subjetivos em torno da alimentação, sejam socioculturais e econômicos, tais como condições de vida, poder aquisitivo, acesso à informação e a alimentos, pessoais, como família, amigos, valores adquiridos, ou psicológicos (escolhas, desejos, preferências, etc) (MORAES, 2014).

Para Toral e Slater (2007), dois fatores importantes devem ser incluídos nos programas de intervenção nutricional que tem por objetivo a mudança do comportamento alimentar. Primeiramente, o treinamento profissional para o desenvolvimento de habilidades técnicas e em segundo, é a utilização e integração de modelos teóricos no planejamento dessas ações.

Nesse perspectiva, a aplicação dos modelos teóricos comportamentais tem sido útil em estudos populacionais envolvendo a alimentação como uma perspectiva de atuação considerando o indivíduo em sua singularidade, em seus conhecimentos prévios e a sua autoavaliação para mudança de hábitos alimentares irregulares, além da predisposição para executá-las (BEDESCHI, 2014; TORAL; SLATER, 2007).

Atualmente, tem-se utilizado o Modelo Transteórico (MT) para entender a mudança de comportamento relacionado à saúde. O mesmo foi desenvolvido por dois pesquisadores americanos, James O. Prochaska e Carlo DiClemente na década de 80, por meio de estudos realizados com tabagistas. Desde então, o modelo transteórico tem sido aplicado a outros tipos de comportamentos (CAMPOS et al., 2016; PRISCILA; RIO; OLIVEIRA, 2008; REIS; NAKATA, 2010). Nos últimos anos, observa-se sua aplicação na mudança do comportamento alimentar, sendo utilizado em diversos campos da alimentação e nutrição, incluindo o controle de peso. (TORAL; SLATER, 2007)

De acordo com esse modelo, as mudanças de comportamento acontecem baseadas em cinco estágios distintos: pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção. Os três estágios iniciais, definidos

como estágios de pré-ação, compreende os estágios de “pré-contemplação”, no qual o indivíduo tem pouco ou nenhuma consciência sobre o problema e não tem intenção de mudar em um futuro próximo. Pessoas nesta fase são caracterizadas por apresentar maior resistência e pouca motivação para mudanças, muitas vezes não reconhecem ou ignoram seus problemas. No estágio seguinte, “contemplação”, o indivíduo está ciente e pensando seriamente em resolver o problema, porém, não está comprometido em resolvê-lo e “decisão”, processo onde o indivíduo deve fazer algum esforço para mudar ou fazer planos para alterar o comportamento, nesse estágio eles ainda não possuem um plano real somente o desejo de alcançá-lo em um futuro próximo. Os dois estágios seguintes, são caracterizados como estágios de ação, que envolve o estágio de “ação”, no qual o indivíduo começa a agir e alteram seu comportamento de fato, superaram as barreiras antes percebidas. E por último, o estágio de “manutenção”, no qual o indivíduo já mudou seu comportamento e o mantém por mais de seis meses. Esta fase não é estática, havendo ainda a continuação do processo de mudança observado no estágio anterior (FREITAS, 2015; LUDWIG, 2012; MACEDO, 2016; TORAL; SLATER, 2007).

A classificação dos indivíduos nos estágios de mudança é feita por meio de um algoritmo, um questionário que compreende um número limitado de perguntas reciprocamente exclusivas (TORAL et al., 2007). Essa classificação correta implica na adoção de melhores estratégias para a mudança de comportamento, considerando o momento adequado para utilização de intervenções específicas e de recursos que podem ser úteis, muitas vezes, somente naquele momento (NATALI, 2010).

A prontidão para a mudança está baseada na motivação dos pacientes, essa motivação é determinante para que indivíduo realize ações para atingir seus objetivos e para definir a probabilidade do mesmo em começar e permanecer em determinada estratégia de mudança. Apesar dos métodos de tratamento para obesidade serem eficazes, compreendendo desde tratamentos dietéticos, farmacológicos e cirúrgicos, a mudança dos hábitos alimentares é imprescindível para otimização e manutenção da saúde. Mais recentemente, observa-se sua utilização na área da mudança alimentar, focalizando diferentes aspectos: consumo de gordura, frutas, hortaliças, fibras e cálcio, além de estratégias dietéticas para o controle do peso e do diabetes (TORAL; SLATER, 2007).

Evidências mostram melhorias no comportamento alimentar, medidas antropométricas e percepção corporal, indicando a ampla aplicação do modelo transteórico (BEDESCHI, 2014; MENEZES et al. 2015). Freitas (2015) mostrou a efetividade do acompanhamento nutricional individual pautado no MT para controle de peso, além de contribuir para melhora do perfil alimentar e antropométrico em mulheres com excesso de peso em Belo Horizonte – MG. Um estudo realizado por Trudeau et al. (1998) mostraram que adultos classificados em manutenção consumiam 0,99 porções diárias de frutas e 0,68 porções de verduras a mais comparados com aqueles classificados em pré-ação (estágios iniciais de mudança de comportamento).

Estudos reforçam a utilização dessa ferramenta para ampliar as intervenções comportamentais relacionados a alimentação, visando benefícios significativos na saúde dos indivíduos. A aplicação do MT é capaz de realizar, rastrear e identificar os hábitos alimentares dos indivíduos, possibilitando avaliar a qualidade da dieta, relacionando o estágio de mudança de comportamento com o consumo de frutas, verduras e gorduras, por exemplo. Observa-se ainda que entre os maiores obstáculos à mudança de comportamento está a crença pelos indivíduos de que não há necessidade de modificar seus hábitos alimentares, que pode ocorrer por falta de conhecimento desejável sobre alimentação saudável ou, ainda, pela percepção errônea do próprio consumo (BEDESCHI, 2014; MOREIRA; DOS SANTOS; LOPES, 2012; TORAL et al., 2006).

A avaliação do consumo alimentar, assim como os guias alimentares atuais, não contempla as dimensões cognitiva e emocional que estão inseridas no comportamento alimentar. Uma abordagem holística é imprescindível para entender o indivíduo e motivá-lo para adoção de uma alimentação mais saudável.

Diante disso, o presente estudo buscou apresentar fatores socioeconômicos, comportamento alimentar e medidas antropométricas de indivíduos com excesso de peso com o intuito de ampliar o conhecimento que possibilitem melhorar as estratégias nutricionais para esse público. Portanto, esse estudo teve como objetivo geral utilizar o Modelo Transteórico para identificar os estágios de mudança de comportamento alimentar em indivíduos com excesso de peso atendidos em duas unidades básicas de saúde de São Luís – MA.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar os estágios de mudança de comportamento alimentar em indivíduos com excesso de peso atendidos em duas unidades básicas de saúde de São Luís – MA.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever e associar as características socioeconômicas, demográficas e de história e percepção de saúde da população em estudo em relação aos domínios tamanho e quantidade de porções, quantidade de gordura na dieta e consumo de frutas e verduras.
- Avaliar o estado nutricional da população em estudo.
- Classificar os estágios de mudança da população em estudo.

3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e analítico que utiliza dados da pesquisa “Aconselhamento nutricional, pautado no Modelo Transteórico, em usuários com excesso de peso atendidos em Unidades Básicas de Saúde de São Luís – MA: um ensaio clínico randomizado” que tem como objetivo avaliar o impacto do aconselhamento nutricional, pautado no Modelo Transteórico, em usuários com excesso de peso atendidos em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Luís - MA.

A coleta de dados foi realizada em duas Unidades Básicas de Saúde de São Luís - MA. São elas: Centro de Saúde São Cristóvão localizada no bairro do São Cristóvão e Unidade de Saúde da Família Antônio Guanaré localizada no bairro do Coroadinho.

Foi utilizada amostra de conveniência. A amostra foi composta por indivíduos com excesso de peso ($IMC \geq 25,0 \text{ kg/m}^2$) com idade igual ou superior a 20 anos atendidos nas Unidades de Saúde supracitadas. Os indivíduos foram contatados e convidados para participar da pesquisa, por ocasião dos serviços de saúde disponibilizados nas referidas Unidades de Saúde.

Não foram incluídos indivíduos portadores de necessidades especiais que impossibilitassem a compreensão e preenchimento dos questionários, assim como a aferição das medidas antropométricas. Não foram incluídos também: gestantes, indivíduos do sexo masculino e indivíduos que não residissem no município de São Luís – MA por no mínimo três meses.

Para coleta de dados, foi formada uma equipe com professores, nutricionistas e acadêmicos do Curso de Nutrição da UFMA. Todos os pesquisadores receberam um treinamento sobre todos os procedimentos utilizados na coleta de dados (seleção de pacientes, preenchimento de formulário, termo de consentimento, aferição das medidas antropométricas, etc.), além do sigilo das informações coletadas.

A coleta dos dados teve início em junho de 2018 e término em outubro de 2018 e foi realizada nas duas UBS, que possuíam estrutura física para o atendimento.

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário padronizado divididos em blocos (ANEXO A), para esta pesquisa foram utilizados dados dos seguintes blocos:

Bloco A: Dados demográficos e socioeconômicos.

Bloco B: História e percepção da saúde.

Bloco D: Avaliação do estágio de prontidão para mudança dos hábitos alimentares.

Bloco H: Antropometria e composição corporal.

Os dados demográficos e socioeconômicos utilizados foram: idade (até 40 anos e 41 anos ou mais), sexo feminino, situação conjugal (com e sem companheiro), renda (< 1 Salário Mínimo - SM, 1 a 2 SM e > 2 SM), número de pessoas na residência (até 2 pessoas e três pessoas ou mais) e escolaridade (até 8 anos de estudo, 9 a 14 anos de estudo e 14 anos de estudo ou mais).

Quanto aos dados de história e percepção de saúde foram utilizadas as seguintes variáveis: doenças crônicas não transmissíveis – DCNT (sim e não) e auto relato do estado de saúde (muito boa, boa, razoável, ruim, não sabe). A variável DCNT foi construída a partir das variáveis diabetes mellitus, triglicérides elevados, doenças cardiovasculares, colesterol elevado, insuficiência renal crônica, osteoporose e estado de saúde, na qual considerou-se “sim” todo indivíduo que possuísse pelo menos uma das doenças supracitadas e “não” todos os indivíduos que não possuíssem nenhuma das doenças supracitadas.

Foram utilizadas as seguintes medidas antropométricas: índice de massa corporal (IMC) (sobrepeso e obesidade) e circunferência da cintura (CC) (risco elevado e muito elevado de complicações cardiometabólicas - CCM).

O peso corporal foi verificado por meio de balança portátil, da marca Omron, modelo HN-289LA, com capacidade máxima de 150 quilos e precisão de 100 gramas. Para a mensuração do peso o indivíduo foi posicionado em pé, no centro do equipamento, com o mínimo de roupas possível, descalço, ereto, com pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo (SISVAN, 2011).

A altura foi mensurada por meio de estadiômetro portátil, da marca Altorexata, com campo de uso máximo de 2,13 metros e intervalo de 5 mm. Para mensuração da altura, o indivíduo foi posicionado em pé, livre de adereços, descalço, com os calcanhares juntos, braços estendidos ao lado do corpo, costas retas e a cabeça direcionada no plano horizontal de Frankfurt (BRASIL, 2011).

A partir das medidas de peso e altura foi calculado o IMC, que é a razão entre o peso e o quadrado da altura. O ponto de corte utilizado foi sobrepeso (IMC 25 – 29,9 kg/m²) e obesidade (IMC > 30 kg/m²) (ORGANIZATION, 1995).

A CC foi aferida por meio de uma fita métrica não extensível com extensão de 2 m e intervalo de 1 cm. Como método para aferição, a fita foi posicionada acima da cicatriz umbilical. Para avaliação de risco cardiometabólico por meio da CC, foram considerados os pontos de corte estabelecidos pela OMS: risco elevado (≥ 80 cm para mulheres e ≥ 94 cm para homens) e risco muito elevado, (≥ 88 cm para mulheres e ≥ 102 cm para homens) (ORGANIZATION, 1995; BRASIL, 2011; MUSSOI, 2014).

Os estágios de mudança de comportamento foram avaliados por meio do instrumento *Stages of changes scales*, adaptado por Cattai et. al., (2010). Houve um treinamento e aperfeiçoamento prévio com toda equipe sobre o instrumento a ser utilizado nas entrevistas. Os participantes foram categorizados nas fases de pré-ação (pré-contemplação, contemplação e decisão) e ação (ação e manutenção) em relação a cada domínio investigado (tamanho e quantidade das porções, quantidade de gordura na dieta e consumo de frutas e vegetais).

A digitação dos dados foi realizada no programa *Microsoft Office Excel*[®] versão 2010 e análise dos dados foi realizada no programa estatístico *STATA*[®], versão 14.0. Foi realizada análise descritiva das variáveis por meio de frequências absolutas e porcentagens. Foi adotado o intervalo de confiança de 95% (IC 95%) para as estimativas calculadas.

Esta pesquisa atendeu aos princípios da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares para pesquisas envolvendo seres humanos. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão com parecer consubstanciado nº 2.383.562 (ANEXO B). Todos os indivíduos envolvidos no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado, sendo devidamente orientados de todos os procedimentos, objetivos e vantagens na sua participação (ANEXO C).

4 RESULTADOS

A amostra foi constituída por 58 indivíduos do sexo feminino. Dentre eles foi observado maiores percentuais de indivíduos com 41 anos ou mais (67,2%), que vivem com companheiro (53,5%), com renda entre 1 a 2 salários mínimos (39,3%), morando com três pessoas ou mais (82,8%) e com escolaridade de 9 a 14 anos de estudo ou mais (70,7%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas de indivíduos com excesso de peso. São Luís - MA, 2018.

Variáveis socioeconômicas e demográficas	n	%
Idade		
Até 40 anos	19	32,8
41 anos ou mais	39	67,2
Situação conjugal		
Sem companheiro	27	46,5
Com companheiro	31	53,5
Renda ^ε		
< 1 SM	17	30,4
1 a 2 SM	22	39,3
> 2 SM	17	30,4
Pessoas na residência		
Até duas pessoas	10	17,2
Três pessoas ou mais	48	82,8
Escolaridade		
Até 8 anos de estudo	3	5,2
9 a 14 anos de estudo	41	70,7
14 anos de estudos ou mais	14	24,1

Nota: n corresponde ao número de respondentes. SM: Salário mínimo. ^εPerda de dados por ausência de informação.

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação a história de saúde e estado nutricional, verificou-se que a maioria dos indivíduos pesquisados apresentou alguma doença crônica não transmissível (83,7%), eram obesos (65,5%) e apresentam risco muito elevado de CC (94,8%). Quanto a percepção do estado de saúde, 44,8% da amostra considerou sua saúde razoável (Tabela 2).

Tabela 2. História e percepção de saúde e estado nutricional de indivíduos com excesso de peso. São Luís - MA, 2018.

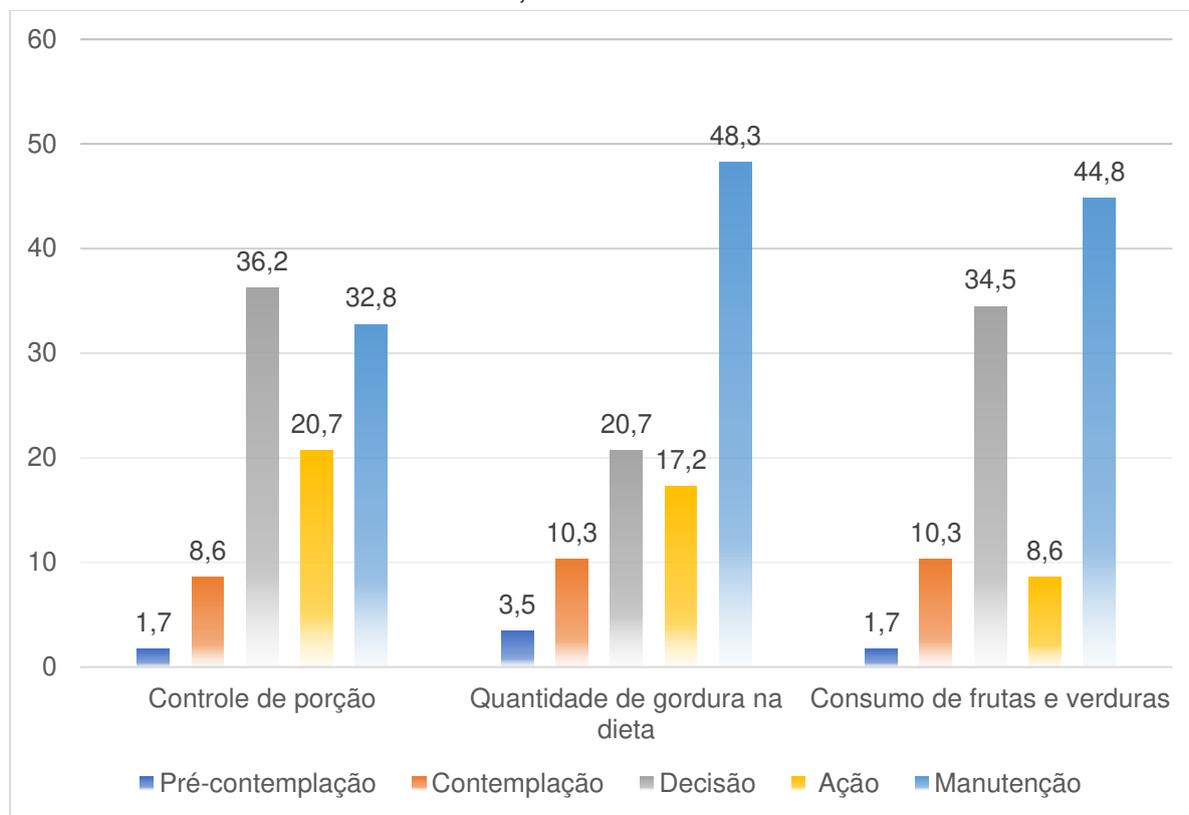
Variáveis de condições de saúde e estado nutricional	n	%
Doenças crônicas não transmissíveis		
Não	8	16,3
Sim	41	83,7
Estado de saúde		
Muito boa	4	6,9
Boa	13	22,4
Razoável	26	44,8
Ruim	10	17,3
Não sabe	5	8,6
Índice de massa corporal (IMC)		
Sobrepeso	20	34,5
Obesidade	38	65,5
Circunferência da cintura (CC)		
Risco elevado de CCM	3	5,2
Risco muito elevado de CCM	55	94,8

Nota: n corresponde ao número de respondentes.

Fonte: Dados da pesquisa

Na avaliação dos estágios de mudança de comportamento, a maior parte dos indivíduos foi classificada no estágio de decisão (36,2%) e manutenção (32,8%), em relação ao domínio tamanho e quantidade das porções. Quanto ao domínio quantidade de gordura na dieta verificou-se elevado percentual de indivíduos no estágio de manutenção (48,3%). Já para o domínio consumo de frutas e verduras, 44,8% foram classificados em manutenção e 34,5% em decisão (Gráfico 1).

Gráfico 1. Estágios de mudança de comportamento em relação aos domínios tamanho e quantidade das porções, quantidade de gordura na dieta e consumo de frutas e verduras. São Luís - MA, 2018.



Nota: Percentual segundo o número de respondentes.

Fonte: Dados da pesquisa.

Segundo o domínio tamanho e quantidade das porções, foi possível observar maiores percentuais de indivíduos com até 40 anos (52,6%), com até 14 anos de estudo ou mais (71,4%) e 8 anos de estudo (66,7%), que classificavam sua saúde razoável (57,9%), obesos (52,6%) e com risco elevado de CCM (66,7%) classificados em estágio de pré-ação. Entre os classificados em estágio de ação foi possível observar maiores percentuais de indivíduos com 41 anos ou mais (56,1%), com 9 a 14 anos de estudo (63,4%), que classificavam sua saúde como muito boa (75,0%) ou boa (69,2), com sobrepeso (65%) e com risco muito elevado de CCM (54,6%) (Tabela 3).

Tabela 3. Características socioeconômicas, demográficas, história e percepção de saúde e estado de saúde e antropométricas dos indivíduos segundo os grupos pré-ação e ação para o domínio tamanho e quantidade das porções. São Luís - MA, 2018.

Variáveis	Pré-ação		Ação		p valor*
	n	%	n	%	
Idade					
Até 40 anos	10	52,6	9	47,4	0,582
41 anos ou mais	17	43,6	22	56,1	
Situação conjugal					
Sem companheiro	13	48,2	14	51,9	1,000
Com companheiro	14	45,2	17	54,8	
Renda [£]					
< 1 SM	7	41,2	10	58,8	0,838
1 a 2 SM	11	50,0	11	50,0	
> 2 SM	7	41,2	10	58,8	
Pessoa na casa					
Até 2 pessoas	5	50,0	5	50,0	1,000
Três pessoas ou mais	22	45,8	26	54,2	
Escolaridade					
Até 8 anos de estudo	2	66,7	1	33,3	0,037
9 a 14 anos de estudo	15	36,6	26	63,4	
14 anos de estudos ou mais	10	71,4	4	28,6	
Doenças crônicas não transmissíveis					
Não	2	25,0	6	75,0	0,254
Sim	21	51,2	20	48,8	
Estado de saúde					
Muito boa	1	25,0	3	75,0	0,492
Boa	4	30,8	9	69,2	
Razoável	15	57,9	11	42,3	
Ruim	5	50,0	5	50,0	
Não sabe	2	40,0	3	60,0	
Índice de massa corporal (IMC)					
Sobrepeso	7	35,0	13	65,0	0,271
Obesidade	20	52,6	18	47,4	
Circunferência da cintura (CC)					
Risco elevado de CCM	2	66,7	1	33,3	0,593
Risco muito elevado de CCM	25	45,5	30	54,6	

Nota: n corresponde ao número de respondentes. SM: Salário mínimo. [£]Perda de dados por ausência de informação. Pré-ação (pré-contemplação, contemplação e decisão) e ação (ação e manutenção). *p valor do Teste Exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao domínio quantidade de gordura na dieta foi possível observar que em quase todas as categorias das variáveis pesquisadas os maiores

percentuais encontram-se no estágio de ação, com exceção daqueles que relataram viver com até duas pessoas na casa e consideraram o estado de saúde ruim que apresentaram percentuais igualmente distribuídos nos estágios de pré-ação e ação (Tabela 4).

Sobre o domínio consumo de frutas e verduras foi possível observar maiores percentuais de indivíduos com até 40 anos (68,4%), que vivem sem companheiro (55,6%), com renda menor que um salário mínimo (58,8%), sem DCNT (50%), que consideram seu estado de saúde ruim (60,0%), com sobrepeso (55%) e risco elevado de CCM (66,7%) classificados em estágio de pré-ação. Entre os classificados em estágio de ação os maiores percentuais foram de indivíduos com 41 anos ou mais (64,1%), que viviam com companheiro (61,3%), com renda maior que dois salários mínimos (58,8%), que viviam com até duas pessoas (60,0%), com até 8 anos de estudos (66,7%), com DCNT (58,5%), que classificavam sua saúde como boa (69,2%), com obesidade (57,9%) e com risco muito elevado de CCM (54,6%) (Tabela 5).

Tabela 4. Características socioeconômicas, demográficas, história e percepção de saúde e estado de saúde e antropométricas dos indivíduos segundo os grupos pré-ação e ação para o domínio quantidade de gordura na dieta. São Luís - MA, 2018.

Variáveis	Pré-ação		Ação		p valor*
	n	%	n	%	
Idade					
Até 40 anos	8	42,1	11	57,9	0,557
41 anos ou mais	12	30,8	27	69,2	
Situação conjugal					
Sem companheiro	11	40,7	16	59,3	0,413
Com companheiro	9	29,0	22	71,0	
Renda [£]					
< 1 SM	6	35,3	11	64,7	0,938
1 a 2 SM	8	36,4	14	63,6	
> 2 SM	5	29,4	12	70,6	
Pessoa na casa					
Até 2 pessoas	5	50,0	5	50,0	0,290
Três pessoas ou mais	15	31,3	33	68,8	
Escolaridade					
Até 8 anos de estudo	1	33,3	2	66,7	1,000
9 a 14 anos de estudo	14	34,2	27	65,9	
14 anos de estudos ou mais	5	35,7	9	64,3	
Doenças crônicas não transmissíveis					
Não	3	37,5	5	62,5	1,000
Sim	14	34,2	27	65,9	
Estado de saúde					
Muito boa	0	0,0	4	100,0	0,515
Boa	4	30,8	9	69,2	
Razoável	10	38,5	16	61,5	
Ruim	5	50,0	5	50,0	
Não sabe	1	20,0	4	80,0	
Índice de massa corporal (IMC)					
Sobrepeso	7	35,0	13	65,0	1,000
Obesidade	13	34,2	25	65,8	
Circunferência da cintura (CC)					
Risco elevado de CCM	1	33,3	2	66,7	1,000
Risco muito elevado de CCM	19	34,5	36	65,5	

Nota: n corresponde ao número de respondentes. SM: Salário mínimo. [£]Perda de dados por ausência de informação. Pré-ação (pré-contemplação, contemplação e decisão) e ação (ação e manutenção). *p valor do Teste Exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 5. Características socioeconômicas, demográficas, história e percepção de saúde e estado de saúde e antropométricas dos indivíduos segundo os grupos pré-ação e ação para o domínio consumo de frutas e verduras. São Luís - MA, 2018.

Variáveis	Pré-ação		Ação		p valor*
	n	%	n	%	
Idade					
Até 40 anos	13	68,4	6	31,6	0,026
41 anos ou mais	14	35,9	25	64,1	
Situação conjugal					
Sem companheiro	15	55,6	12	44,4	0,292
Com companheiro	12	38,7	19	61,3	
Renda [£]					
< 1 SM	10	58,8	7	41,2	0,627
1 a 2 SM	10	45,4	12	54,6	
> 2 SM	7	41,2	10	58,8	
Pessoa na casa					
Até 2 pessoas	4	40,0	6	60,0	0,737
Três pessoas ou mais	23	47,9	25	52,1	
Escolaridade					
Até 8 anos de estudo	1	33,3	2	66,7	0,904
9 a 14 anos de estudo	20	48,8	21	51,2	
14 anos de estudos ou mais	6	42,9	8	57,1	
Doenças crônicas não transmissíveis					
Não	4	50,0	4	50,0	0,710
Sim	17	41,5	24	58,5	
Estado de saúde					
Muito boa	2	50,0	2	50,0	0,677
Boa	4	30,8	9	69,2	
Razoável	12	46,2	14	53,9	
Ruim	6	60,0	4	40,0	
Não sabe	3	60,0	2	40,0	
Índice de massa corporal (IMC)					
Sobrepeso	11	55,0	9	45,0	0,413
Obesidade	16	42,1	22	57,9	
Circunferência da cintura (CC)					
Risco elevado de CCM	2	66,7	1	33,3	0,593
Risco muito elevado de CCM	25	45,5	30	54,6	

Nota: n corresponde ao número de respondentes. SM: Salário mínimo. [£]Perda de dados por ausência de informação. Pré-ação (pré-contemplação, contemplação e decisão) e ação (ação e manutenção). *p valor do Teste Exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa

5 DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que houve predomínio dos indivíduos classificados no estágio de decisão em relação ao domínio tamanho e quantidade das porções e manutenção em relação aos domínios quantidade de gordura na dieta e consumo de frutas e verduras. Verificar estágios de mudança de comportamento alimentar mais avançados nos domínios quantidade de gordura na dieta e consumo de frutas e verduras em comparação ao domínio tamanho e quantidade das porções, indica que nos últimos anos as ações de educação alimentar e nutricional realizadas na atenção básica de saúde tem priorizado melhoria qualitativas em detrimento de orientações restritivas no consumo alimentar.

É importante destacar que o processo de reeducação alimentar é contínuo, educativo e para toda vida. E que dietas que restringem o tipo de alimento a ser consumido (tipo e qualidade) e a quantidade diária de ingestão, em sua grande maioria causam efeitos negativos na saúde e não atendem os requisitos para uma alimentação saudável e que mesmo em dietas de baixo valor calórico, o valor nutricional deve ser levado em consideração, sendo adequado para o indivíduo, além disso, a reeducação alimentar, deve atender aos quesitos da adequação em quantidade e qualidade, prazer e saciedade (BRASIL, 2008). Portanto, nos processos de reeducação alimentar, mudanças na qualidade da dieta devem ser priorizados em relação aos elementos relacionados a quantidade.

Em relação a idade, observa-se que quanto menor a idade, um maior número de indivíduos foi classificado nos estágios de pré-ação e quanto maior a idade um maior número de indivíduos foram classificados nos estágios de ação levando-se em consideração os domínios de tamanho e quantidade das porções e consumo de frutas e verduras. O estudo realizado por Neutzling et al. (2009) sobre os fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil, mostrou em seus resultados que quanto maior a idade, maior era o consumo de frutas e verduras.

Neste estudo a amostra foi composta por mulheres. Estudos mostram a prevalência de mulheres em serviços de saúde. Moreira, Dos Santos e Lopes (2012) e Siqueira (2012) que investigaram o comportamento alimentar de usuários de serviço de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais no qual 91% e 91,5% das amostras foram compostas por mulheres, respectivamente. Sabe-se

que o predomínio do sexo feminino em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ocorre pela maior sensibilização aos riscos e preocupação com a própria saúde (CERVATO et al., 2005; FELCHILCHER; ARAÚJO; TRAVERSO, 2015).

Também foi observado neste estudo que para os domínios tamanho e quantidade das porções e consumo de frutas e verduras a maioria das mulheres foram classificadas em estágios de ação. Mondini (2010) em um estudo com indivíduos adultos maiores de 30 anos mostrou que as mulheres consumiam mais frutas e hortaliças quando comparadas aos homens e apontou que esse consumo estava também relacionado com o aumento na idade e do nível socioeconômico.

Os resultados deste estudo mostraram maiores percentuais de indivíduos em estágio de ação na categoria de maior renda para o domínio consumo de frutas e verduras. A renda é considerada um delimitador das escolhas alimentares, no sentido da escassez de recursos disponíveis para permitir o acesso aos alimentos (TORAL; SLATER, 2007). Um estudo de revisão realizado por Drewnowski e Specter (2004) avaliou a relação entre pobreza e obesidade nos Estados Unidos e mostrou que dietas mais saudáveis, caracterizadas pelo maior consumo de carnes magras, peixes, consumo de frutas e legumes são mais caras em relação ao padrão ocidental, o que afeta a qualidade da dieta.

Segundo a escolaridade, foi possível observar um elevado percentual de indivíduos com 14 anos de estudos ou mais no grupo de pré-ação em relação ao domínio tamanho e quantidade das porções. Em contrapartida, verificou-se altos percentuais encontrados para aqueles classificados em ação segundo o domínio consumo de frutas e verduras. Bento et. al. (2016), ao avaliar os fatores associados aos estágios de comportamento alimentar em usuários dos restaurantes populares em Belo Horizonte, Minas Gerais, observou que mulheres com maiores níveis educacionais apresentaram maior probabilidade de serem classificadas na fase de ação. A relação entre consumo de frutas e verduras e escolaridade pode ser explicada pelo fato de que indivíduos com maior escolaridade tem maior acesso às informações, o que implica em melhores escolhas e melhor consumo (ESTIMA et al., 2009).

No estudo realizado por Freitas (2015), os indivíduos classificados em no grupo pré-ação recebiam mais orientações sobre qualidade da dieta, abordando a importância de uma alimentação saudável para os três domínios

estudados e para aqueles classificados em ação, houve um foco maior em relação a quantidade a ser consumida para cada um domínio. Isso mostra que, inicialmente, o objetivo das orientações nutricionais está focado na qualidade da dieta, para depois se discutir de forma mais detalhada a quantidade das porções.

Quanto aos indivíduos que vivem sem companheiro, a maioria foi classificada em pré-ação em relação ao consumo de frutas e verduras. No estudo de Mondini (2010), um dos seus achados mostrou que o consumo de hortaliças foi mais frequente entre mulheres que viviam com seus companheiros, reforçando a ideia que indivíduos com companheiros influenciam positivamente no consumo alimentar, ou seja, indivíduos com companheiros parecem ter hábitos melhores do que aqueles sem companheiros.

Entretanto, os estudos utilizando o estado civil como parâmetro para avaliação de grupos alimentares tem sido controverso (TINOCO, 2010). LEE et al. (2005) em seu trabalho realizado com mulheres americanas para avaliar os efeitos das transições conjugais, mostrou que indivíduos casados tendem a ingerir maiores quantidades de frutas e verduras. Porém, um estudo realizado com indivíduos jovens (20 a 38 anos) da Louisiana nos Estados Unidos, não foram encontrados diferenças estatisticamente significantes em relação ao consumo de frutas e verduras segundo o estado civil (DESHMUKH-TASKAR et al., 2007).

Em relação ao número de pessoas na casa, Figueiredo (2006), em um estudo para avaliar os determinantes do consumo de frutas, legumes e verduras em adultos residentes no município de São Paulo, mostrou que quanto menor a densidade domiciliar (obtida por meio da razão do número de moradores pelo número de cômodos do domicílio) maior o consumo de frutas e verduras, independente do sexo. O que pode ser observado nos indivíduos que foram classificados morando com até duas pessoas, com o maior percentual em ação no domínio de consumo de frutas e verduras. É importante frisar que, as variáveis entre os estudos são diferentes, sendo necessário uma leitura cautelosa.

Um número expressivo de indivíduos com DCNT foi classificado em ação para o domínio de consumo de frutas e verduras. Tal achado pode estar associado a importância que os indivíduos têm dado para melhorar os hábitos alimentares devido às doenças. No estudo sobre comportamento alimentar realizado por Bedeschi (2014) em adultos com excesso de uma academia da

cidade em Belo Horizonte, Minas Gerais, foi possível verificar predominância de indivíduos com DCNT nos estágios de ação, mostrando que indivíduos que apresentam alguma DCNT buscam comportamentos positivos em relação ao consumo de vegetais.

Verificou-se também nos domínios tamanho e quantidade das porções e consumo de frutas e verduras altos percentuais de indivíduos que consideraram seu estado de saúde como boa ou muito boa classificados em estágio de ação. Para Teixeira (2013), a importância dada para frutas e verduras está relacionada ao seu maior conteúdo de micronutrientes, à sua relação com proteção/promoção da saúde e favorecimento à redução de peso. É possível que esses indivíduos tenham recebido orientações sobre os benefícios desses hábitos alimentares e por isso estejam em comportamentos de ação.

Foi observado também que a maioria dos indivíduos com obesidade estão no grupo de ação em relação aos domínios quantidade de gordura na dieta e consumo de frutas e verduras, porém a maioria dos obesos estão em pré-ação em relação aos domínios tamanho e quantidade das porções. Menezes et al. (2011) enfatiza a importância do controle das porções em indivíduos com obesidade, devido ao seu efeito protetor e melhor controle de peso (MENEZES et al., 2011). Além disso, uma vez identificado o excesso de peso corporal ou o aumento da concentração de gordura abdominal, visando controlar esses eventos, os indivíduos passam a buscar melhoria da qualidade da dieta, incluindo controle do consumo de gorduras e aumento do consumo de frutas e hortaliças (OLIVEIRA et al., 2015).

No que diz respeito a circunferência da cintura, um estudo realizado por Pinasco et al. (2015), analisou a relação entre o consumo alimentar e o aumento da circunferência abdominal e conseqüente aumento de risco de doenças cardiovasculares em indivíduos da região de Grande Vitória no Espírito Santo, nos seus resultados concluíram que não conseguiram obter associação entre o consumo alimentar inadequado e elevação da medida da CA. Poucos estudos têm demonstrado a relação entre a CA e o consumo alimentar, menos ainda associado aos estágios de mudança (GHALAEH et al., 2012; REIS; CORREIA; MIZUTAN, 2014; PINASCO et al., 2015)

Apesar dos achados serem relevantes, é importante salientar algumas limitações do estudo. Limitações decorrentes do delineamento transversal do estudo impedem o estabelecimento de relações temporais de causa-efeito entre

as variáveis analisadas. Além disso, tendo o processo amostral sido realizado em duas UBS, os resultados encontrados não podem ser extrapolados para a população em geral. Ressalta-se, entretanto, a importância dos achados para repensar a prática de promoção da saúde realizada pelos profissionais de saúde no âmbito da Atenção Primária.

Além disso, por utilizar a aplicação de um questionário, é necessário levar em consideração o autorelato, ou seja, as respostas relatadas pelos pacientes. Essa resposta pode ser influenciada pelo desejo de aceitação social, definido por Ballard em 1988 como a propensão de um indivíduo a fornecer a resposta que ele considera mais desejada e aceita pela sociedade, independentemente dela ser verdadeira (SCAGLIUSI et al., 2004). Além da dificuldade de comparabilidade com outros estudos, diante das diferentes formas de categorização das variáveis.

Com relação à aplicação do MT, os estágios de mudança de comportamento foram classificados em dois grupos: pré-ação e ação, como já foi utilizado em outros estudos (SIQUEIRA, 2012; FREITAS, 2015; BEDESCHI, 2014). Freitas (2015) aborda que alguns autores discutem que indivíduos alocados no estágio de mudança de decisão, podem apresentar algumas mudanças nos comportamentos, sendo também favorecidos por processos comportamentais (grupo de ação).

Além disso, a amostra deste estudada é pequena em comparação com outros estudos da literatura, ressaltando a importância de estudos com populações maiores para reforçar os achados dessa pesquisa (TORAL, 2006; MOREIRA, DOS SANTOS E LOPES, 2012; REIS, CORREIA, MIZUTANI, 2014; FREITAS, 2015).

É importante destacar a relevância desse estudo, pois identificar os elementos que influenciam no comportamento alimentar em relação ao controle de porções, quantidade de gordura na dieta e consumo de frutas e verduras ajuda a melhorar as estratégias nutricionais baseadas nas características dos indivíduos.

Nessa perspectiva, espera-se que as intervenções nutricionais em indivíduos com excesso de peso, levem em consideração a motivação para a mudança de comportamento alimentar para que a abordagem nutricional seja de fato eficaz. Vale ressaltar também, que para compreender a motivação dos indivíduos para a mudança de comportamento alimentar é importante

compreender os possíveis fatores que podem influenciar o consumo dos alimentos, sendo estes socioeconômicos, demográficos, relacionados as condições de saúde, entre outros.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou concluir que a maioria da população estudada foi classificada no estágio de decisão, em relação ao domínio tamanho e quantidade das porções, ou seja, os indivíduos já pensam a respeito do problema, porém ainda não mudaram seus hábitos. E em manutenção, em relação aos domínios quantidade de gordura na dieta e consumo de frutas e verduras, indicando que eles já mudaram seu comportamento e os mantêm.

No domínio tamanho e quantidade das porções indivíduos de maior idade, do sexo feminino, com escolaridade de 9 a 14 anos de estudo, que consideravam sua saúde como boa ou muito boa e que foram classificados com sobrepeso e com risco muito elevado de CCM apresentaram maior percentual nos estágios de ação para mudança do comportamento alimentar.

O domínio quantidade de gordura na dieta mostrou percentuais elevados de indivíduos em estágios de ação para mudança do comportamento alimentar, mostrando que o controle no consumo deste tipo de alimentos independe das características socioeconômicas, demográficas, de história e percepção da saúde e estado nutricional.

Já no domínio de consumo de frutas e verduras, indivíduos com idade mais avançada, do sexo feminino, que vivem com companheiro, maior escolaridade, maior renda, com alguma DCNT, que consideram seu estado de saúde bom e que apresentam obesidade e risco muito elevado de CCM foram classificados em maiores percentuais nos estágios mais avançados (ação e manutenção) para mudança do comportamento alimentar.

Por meio desse estudo foi possível avaliar os estágios de mudança de comportamento alimentar em indivíduos com excesso de peso atendidos em duas Unidades Básicas de Saúde do município de São Luís, Maranhão. E os resultados podem ser utilizados para melhorar as estratégias nutricionais neste público específico.

REFERÊNCIAS

BEDESCHI, L. B. **Interface entre consumo e comportamento alimentar, inflamação e os fatores de risco cardiovascular entre indivíduos com excesso de peso**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

BENTO, I. C. *et al.* Fatores associados às fases de comportamento alimentar de usuários dos restaurantes populares em Belo Horizonte/MG-Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 34, n. 3, p. 283–291, set./dez. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). ISBN 978-85-334-1813-4. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos. Acesso em: 01 nov. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf. Acesso em: 09 dez. 2018.

CAMPOS, C. O. M. *et al.* Adaptação transcultural dos estágios de mudança de comportamento e processos de mudança para a amamentação exclusiva. **Revista de Nutricao**, v. 29, n. 5, p. 731–740, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v29n5/1415-5273-rn-29-05-00731.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

CERVATO, A. M. *et al.* Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 1, p. 41–52, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732005000100004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 nov. 2018.

DESHMUKH-TASKAR, P. *et al.* Does Food Group Consumption Vary by Differences in Socioeconomic, Demographic, and Lifestyle Factors in Young Adults? The Bogalusa Heart Study. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 107, n. 2, p. 223–234, Fev. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17258958>. Acesso em: 18 nov. 2018.

DREWNOWSKI, A.; SPECTER, S. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 79, n. 1, p. 6–16, 2004. Disponível em: <https://academic.oup.com/ajcn/article/79/1/6/4690070>. Acesso em: 23 nov. 2018.

ESTIMA, C. DE C. P.; PHILIPP, S. T.; ALVARENGA, M. DOS S. Fatores determinantes de consumo alimentar: por que os indivíduos comem o que comem?. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 24, n. 4, p. 263–268, 2009. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14114/art_ESTIMA_Fatores

_determinantes_de_consumo_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 23 nov. 2018.

FELCHILCHER, E.; ARAÚJO, G.; TRAVERSO, M. E. D. Perfil dos Usuários de uma Unidade Básica de Saúde do Meio-Oeste Catarinense. **Unoesc & Ciência**, v. 6, n. 2, p. 223–230, 2015. Disponível em: <https://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/7919/pdf>. Acesso em: 23 nov. 2018.

FREITAS, P. P. de. **Impacto de intervenção nutricional, pautada no modelo transteórico para controle de peso, na atenção primária**: ensaio clínico controlado randomizado. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

GHALAEH, R. S. *et al.* Fruit and vegetable intake, body mass index and waist circumference among young female students in Isfahan. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 1, n. 29, p. 1-5, Ago. 2012. DOI: 10.4103/2277-9531.99969. Disponível em: http://www.jehp.net/temp/JEduHealthPromot1129-2831024_075150.pdf. Acesso em: 16 nov. 2018.

LEE, S. *et al.* Effects of marital transitions on changes in dietary and other health behaviours in US women. **International Journal of Epidemiology**, v. 34, n. 1, p. 69–78, Fev. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15231759>. Acesso em: 16 nov. 2018.

LUDWIG, M. W. B. **Modelo transteórico de mudança de comportamento na síndrome metabólica**: intervenções e fatores preditivos de mudança. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, PUCRS, Porto Alegre, 2012.

SADER, J. T.; MACEDO, I. C. de. Utilização do modelo transteórico no processo de mudança de hábitos alimentares. **Revista de Iniciação Científica, Tecnológica e Artística**, São Paulo, v. 5, n. 6, p. 61–69, Maio 2016. Disponível em: http://www1.sp.senac.br/hotsites/blogs/revistainiciacao/wp-content/uploads/2016/05/139_IC_Artigo_revisado.pdf. Acesso em: 21 nov. 2018.

MENEZES, M. C. de. Avaliação do consumo alimentar e de nutrientes no contexto da atenção primária à saúde = Assessment of food and nutrient intake in the context of primary health care. **Ceres: Nutrição & Saúde**, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 175–190, 2011. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/ceres/article/view/2164/2116>. Acesso em: 06 nov. 2018.

MENEZES, M. C. de *et al.* Intervention based on Transtheoretical Model promotes anthropometric and nutritional improvements - A randomized controlled trial. **Eating Behaviors**, [S. l.], v. 17, p. 37–44, Abril 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25553558>. Acesso em: 06 nov. 2018.

MONDINI, L. *et al.* Consumo de frutas e hortaliças por adultos em Ribeirão Preto, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 686–694, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/12.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2018.

MORAES, R. W. de. **Determinantes e construção do comportamento alimentar**: uma revisão narrativa da literatura. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

MOREIRA, R. A. de M.; SANTOS, L. C. dos; LOPES, A. C. S. A qualidade da dieta de usuários de serviço de promoção da saúde difere segundo o comportamento alimentar obtido pelo modelo transteórico. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 25, n. 6, p. 719–730, nov./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v25n6/04.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2018.

MUSSOI, T. D. **Avaliação nutricional na prática clínica**: da gestação ao envelhecimento. [S. l.]: Guanabara Koogan, 2014. *E-book*.

NATALI, C. M. **Mudança nos comportamentos alimentar e de atividade física em portadores de Diabetes mellitus tipo 2, com base no Modelo Transteórico**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciência da Nutrição) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2010.

NEUTZLING, M. B. *et al.* Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil = Factors associated with fruit and vegetable intake among adults in a southern Brazilian city. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2365–2374, Nov. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 09 nov. 2018.

OLIVEIRA, M. DA S. *et al.* Consumo de frutas e hortaliças e as condições de saúde de homens e mulheres atendidos na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2313–2322, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000802313&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 09 dez. 2018

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 723–734, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000400010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 nov. 2018.

PINASCO, G. C. *et al.* ASSOCIAÇÃO ENTRE CONSUMO ALIMENTAR DE RISCO CARDIOVASCULAR E AUMENTO DE CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL EM ADOLESCENTES. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 319–324, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822015000300011&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 24 nov. 2018.

PRISCILA, K.; RIO, D.; OLIVEIRA, S. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 10, n. 1, p. 162–173, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v10n1/v10n1a12.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status**: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization, 1995. (Technical Report Series, n. 854). Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO_TRS_854.pdf;jsessionid=025D89C8DA6DF47F2FEB504C93D68E31?sequence=1. Acesso em: 09 nov. 2018.

REIS, G. G.; NAKATA, L. E. Modelo transteórico de mudança : Contribuições para o coaching de executivos. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 11, n. 1, p. 61–72, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v11n1/v11n1a07.pdf>. Acesso em: 10 nov.

2018.

REIS, L. C. dos; CORREIA, I. C.; MIZUTAN, E. S. Estágios de mudança do comportamento para o consumo de frutas e hortaliças e sua relação com o perfil nutricional e dietético de universitários. **Einstein**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 48–54, 2014. DOI: 10.1590/S1679-45082014AO2926. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v12n1/pt_1679-4508-eins-12-1-0048.pdf. Acesso em: 11 nov. 2018.

ROMBALDI, A. J. *et al.* Fatores associados ao consumo de dietas ricas em gordura em adultos de uma cidade no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1513–1521, maio 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000501513&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 09 nov. 2018.

SCAGLIUSI, F. B. *et al.* Tradução da escala de desejo de aceitação social de Marlowe & Crowne para a língua Portuguesa. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 6, p. 272–278, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000600001. Acesso em: 24 nov. 2018.

SIQUEIRA, V. D. O. **Desenvolvimento de Oficinas de Educação Alimentar e Nutricional Pautadas no Modelo Transteórico para Consumo de Óleos e Gorduras**. 2012. Dissertação (Mestrado em saúde) – Escola de enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

TEIXEIRA, P. D. S. *et al.* Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. **Ciência e saúde coletiva**, v.18, n.2, p. 347-356, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200006. Acesso em: 10 nov. 2018.

TINOCO, S. G. G. **Fatores associados ao consumo adequado de frutas, legumes e verduras na população adulta do Distrito Federal**. 2010. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

TORAL, N. **Estágios de mudança de comportamento e sua relação com o consumo alimentar de adolescentes**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar = Transtheoretical model approach in eating behavior. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1641–1650, nov./dez. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000600025>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600025. Acesso em: 08 nov. 2018.

TRUDEAU, E. *et al.* Demographic and psychosocial predictors of fruit and vegetable intakes differ: Implications for dietary interventions. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 98, n. 12, p. 1412–1417, 1998. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002822398003198>. Acesso em: 23 nov. 2018.

ANEXO

ANEXO A – FORMULÁRIO PADRONIZADO DIVIDIDOS EM BLOCOS

BLOCO A – DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

- A1) Número de identificação: ____
- A2) Nome: _____
- A3) UBS: (1) São Cristóvão (2) Coroadinho (3) Radional
- A4) Endereço: _____
- A5) Telefone para contato 1: _____
- A6) Telefone para contato 2: _____
- A5) Data da Entrevista: ____/____/____
- A6) Data de Nascimento: ____/____/____
- A7) Idade: ____ anos
- A8) Sexo: (0) Feminino (1) Masculino
- A9) Estado Civil: (0) Casado (1) União Estável (2) Solteiro (3) Viúvo
(4) Separado/divorciado/desquitado
- A10) Qual é a sua principal ocupação profissional? _____
- A11) Qual é a renda total de sua família por mês? R\$ ____
- A12) Quantas pessoas moram na sua casa? ____ pessoas
- A13) Até que série e grau você estudou? ____ série do ____ grau
- **Entrevistador**, converta para anos de estudo: _____ anos

BLOCO B – HISTÓRIA E PERCEPÇÃO DA SAÚDE

Algum médico já lhe disse que você tem: → **Entrevistador**, leia as opções:

- B1) Diabetes *mellitus*: (0) Não (1) Sim (9) Não Sabe
- B2) Triglicerídeo Alto: (0) Não (1) Sim (9) Não Sabe
- B3) Pressão alta: (0) Não (1) Sim (9) Não Sabe
- B4) Doença do coração: (0) Não (1) Sim (9) Não Sabe

B5) Medida de pressão arterial: _____ mmHg. → **Entrevistador**, realize a aferição da pressão do usuário e registre

B6) Colesterol Alto: (0) Não (1) Sim (9) Não Sabe

B7) Insuficiência Renal Crônica: (0) Não (1) Sim (9) Não Sabe

B8) Osteoporose: (0) Não (1) Sim (9) Não Sabe

B9) Outras _____ doenças:

B10) Nos últimos 6 meses você classificaria seu estado de saúde como?
→ **Entrevistador**, leia as alternativas: (0) Muito Boa (1) Boa (2) Razoável (3) Ruim (4) Muito Ruim

BLOCO C – HÁBITOS ALIMENTARES

→ **Entrevistador**, as questões a seguir referem-se aos **ÚLTIMOS 6 MESES**, as perguntas são relativas a este período. Exemplo: Se a entrevista for realizada em fevereiro, pergunte se de setembro para fevereiro, o Sr(a)...

C1) Nos últimos 6 meses, geralmente, quantas refeições você fez por dia? _____ número de refeições.

C2) Nos últimos 6 meses, geralmente, quantas vezes por semana você tomou café da manhã? _ vezes.

C3) Nos últimos 6 meses, você diria que comeu muito rápido? (0) Não (1) Sim

C4) Nos últimos 6 meses, quantos copos de água você bebeu por dia? _____ mL (copo requeijão: 250mL; americano: 150 mL)

C5) Nos últimos 6 meses, quando você comeu frango, o que você fez com a pele?

(0) Retiro antes de comer (1) Na maioria das vezes retiro (2) Algumas vezes retiro (3) Quase nunca retiro (4) Nunca retiro (5) Já vem preparado sem a pele (6) Não como frango.

C6) Nos últimos 6 meses, quando você comeu carne, o que normalmente fez com a gordura?

(0) Retiro antes de comer (1) Na maioria das vezes retiro (2) Algumas vezes

retiro (3) Quase nunca retiro (4) Nunca retiro (5) Não como carne com muita gordura (6) Não como carne

C7) Nos últimos 6 meses, que tipo de gordura foi usada com maior frequência, na sua casa para refogar ou assar os alimentos?

(0) Azeite de oliva (1) Óleo vegetal (2) Manteiga (3) Margarina, creme ou gordura vegetal (4) Banha ou gordura animal

C8) No último mês, quantos dias você teve frutas em casa? ___ dias.

BLOCO D – AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO DE PRONTIDÃO PARA MUDANÇA DOS HÁBITOS ALLIMENTARES (*Stages of changes scales*, adaptado por Cattai et. al., 2010).

Usando as afirmações abaixo, indique a que melhor descreve o seu comportamento para cada um dos itens listados:

→ **Entrevistador**, leia as opções para o usuário

Eu não faço isso pelo menos na metade do tempo agora.

(0) ... e eu não tenho plano de fazê-lo. **PRÉ-CONTEMPLAÇÃO**

(1) ... mas eu estou pensando em fazer isso em dentro dos próximos 6 meses.

CONTEMPLAÇÃO

(2) ... mas eu estou definindo planos para começar a fazer isso dentro de um mês. **DECISÃO**

Eu faço isso, pelo menos na metade do tempo agora e,

(3) ... eu acabei de começar a fazer isso nos último meses. **AÇÃO**

(4) ... eu venho fazendo isso há mais de 6 meses. **MANUTENÇÃO**

D1) Em relação às porções (tamanho e quantidade)

(0) (1) (2) (3) (4) Limito a quantidade que como e não como mais do que preciso.

(0) (1) (2) (3) (4) Meço ou peso as porções de alimentos que consumo.

(0) (1) (2) (3) (4) Como menos nas últimas refeições se eu exagerei nas anteriores.

(0) (1) (2) (3) (4) Paro de comer antes de me sentir “cheio – estufado”.

(0) (1) (2) (3) (4) Evito comer quando estou nervoso, triste ou deprimido.

(0) (1) (2) (3) (4) Bebo um copo de água mais ou menos 15 minutos antes das refeições.

(0) (1) (2) (3) (4) Resisto em comer tudo que está no prato se eu não estiver mais com fome.

(0) (1) (2) (3) (4) “Mantenho a linha” quanto estou comendo e quando estou beliscando.

(0) (1) (2) (3) (4) Digo não para repetições. Estagio de mudança do comportamento alimentar:

→ **Entrevistador**, marque a opção com maior número de respostas

(0) Pré-contemplação (1) Contemplação (2) Decisão (3) Ação (4)
Manutenção

D2) Em relação à quantidade de gordura na dieta

(0) (1) (2) (3) (4) Como uma dieta pobre (com pouca) em gorduras.

(0) (1) (2) (3) (4) Como frango ou peru sem a pele.

(0) (1) (2) (3) (4) Tomo leite e como derivados (iogurte, queijo) desnatados.

(0) (1) (2) (3) (4) Retiro toda a gordura das carnes.

(0) (1) (2) (3) (4) Limito o tamanho das porções de carnes nas refeições.

(0) (1) (2) (3) (4) Evito fritura como batatas, frango, polenta (angu frito).

(0) (1) (2) (3) (4) Evito *fast food* (hambúrgueres, batatas fritas, etc.).

(0) (1) (2) (3) (4) Evito beliscos como batata chips, amendoins, pipoca.

(0) (1) (2) (3) (4) Deixo de passar (ou uso em pouca quantidade, na versão light) manteiga e/ou margarina no pão, bolachas e bolos.

(0) (1) (2) (3) (4) Uso molhos/temperos para salada (lanche) com pouca gordura.

(0) (1) (2) (3) (4) Evito bolo, biscoitos e tortas.

Estagio de mudança do comportamento alimentar:

→ **Entrevistador**, marque a opção com maior número de respostas

(0) Pré-contemplação (1) Contemplação (2) Decisão (3) Ação (4)
Manutenção

D3) Em relação ao consumo de frutas e vegetais:

(0) (1) (2) (3) (4) Como, pelo menos, 5 porções de frutas e vegetais por dia.

(0) (1) (2) (3) (4) Como, pelo menos, 3 porções de vegetais verdes (brócolis, espinafre, rúcula, alface, agrião...) por dia.

(0) (1) (2) (3) (4) Quando vou a um bar/restaurante eu faço pedido de lanches, dispenso as batatas fritas e peço vegetais no lugar.

(0) (1) (2) (3) (4) Como, pelo menos, duas porções de frutas todos os dias.

(0) (1) (2) (3) (4) Como saladas verdes e vegetais como rúcula, agrião, cenouras e tomate.

(0) (1) (2) (3) (4) Incluo frutas aos meus pratos (por exemplo, bananas ou mamão aos cereais).

(0) (1) (2) (3) (4) Como frutas como sobremesa.

(0) (1) (2) (3) (4) Incluo vegetais, como alface ou tomate, nos meus pratos ou nos sanduíches.

(0) (1) (2) (3) (4) Quando faço um lanche, prefiro frutas.

Estagio de mudança do comportamento alimentar:

→ **Entrevistador**, marque a opção com maior número de respostas

(0) Pré-contemplação (1) Contemplação (2) Decisão (3) Ação (4)
Manutenção

BLOCO H – ANTROPOMETRIA E COMPOSIÇÃO CORPORAL

H1) Peso: _____kg

H2) Altura: _____m

H3) Índice de Massa Corporal (IMC): _____kg/m²

H4) Diâmetro Abdominal Sagital: _____mm

H5) Circunferência do Braço (CB): _____cm

H6) Circunferência da cintura (CC): _____cm

H7) Circunferência do quadril (CQ): _____cm

H8) Razão cintura/quadril (RCQ): _____

H9) Medidas da bioimpedância

H10) Massa Gorda: _____kg _____%

H11) Massa Livre de Gordura: _____kg

H12) Água Corporal Total: _____L _____%

H13) Água na Massa Magra: ___%

H14) Taxa Metabólica Basal (TMB): ___Kcal

H15) Resistência (R): _

H16) Reatância (Xc) _____

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aconselhamento nutricional, pautado no modelo transteórico, em usuários com excesso de peso atendidos em unidades básicas de saúde de São Luis - MA: um ensaio clínico randomizado.

Pesquisador: Deysianne Costa das Chagas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78558717.7.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DO MARANHAO - FAPEMA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.383.562

Apresentação do Projeto:

O projeto apresentado trata de um ensaio clínico randomizado que será realizado em três Unidades Básicas de Saúde dos municípios de São Luís / MA. Será utilizada uma amostra de conveniência, composta por usuários com excesso de peso (índice de massa corporal – IMC 25Kg/m²) e idade igual ou superior a 20 anos. A alocação nos grupos Grupo Controle (receberá aconselhamento nutricional padrão) e grupo intervenção (receberá aconselhamento nutricional pautado no Modelo Transteórico) serão realizados de forma aleatória com o auxílio de uma tabela de números aleatórios. A coleta dos dados será efetuada na própria UBS, baseada em um questionário padronizado, em ambos os grupos, na primeira consulta e na reavaliação após oito meses. Serão coletados dados demográficos e socioeconômicos, relacionados à saúde, prática de exercícios físicos, consumo alimentar, avaliação antropométrica e estágios de mudança do comportamento alimentar. Durante o intervalo entre a primeira consulta e a reavaliação, os participantes serão avaliados bimestralmente quanto à adesão às orientações realizadas, incluindo questões referentes aos benefícios percebidos, barreiras e apoio social para a realização de mudanças, além da avaliação do consumo alimentar e avaliação antropométrica. O consumo alimentar será avaliado por meio do Recordatório Alimentar 24 horas (R24). Para minimizar o viés de memória do R24, será utilizado um kit com diferentes tamanhos de colheres e um álbum

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.383.562

fotográfico de medidas caseiras para auxiliar na mensuração das porções. As medidas antropométricas serão aferidas, em todas os encontros. As medidas que serão avaliadas são: peso, estatura, circunferência da Cintura e quadril, diâmetro sargital abdominal e composição corporal por meio de bioimpedância. Para identificar os estágios de mudança para o controle de peso será utilizado o questionário Weight Loss Behavior (controle de porções, gordura da dieta e consumo de frutas e hortaliças) traduzido e adaptado para o Brasil. Os usuários alocados no grupo controle (GC) receberão orientações nutricionais baseadas no guia alimentar para a população brasileira. Além das orientações, cada usuário receberá metas baseadas em propostas de mudanças do que não está adequado na dieta do paciente, relatada no recordatório de 24 horas, considerando suas condições socioeconômicas e estilo de vida. Os usuários alocados no grupo intervenção (GI) participarão do aconselhamento de acordo com a sua avaliação dos estágios de mudança, onde os participantes serão classificados em pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção em relação a cada domínio investigado (controle de porções, gordura da dieta e consumo de frutas e hortaliças). Por fim os resultados do grupo controle e intervenção serão comparados em relação às mudanças no consumo alimentar, medidas antropométricas e de composição corporal e adesão às mudanças alimentares propostas. Com esses resultados, os proponentes pretendem esclarecer o melhor padrão de acompanhamento e intervenção para os casos avaliados.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário apresentado é avaliar o impacto do aconselhamento nutricional, pautado no Modelo Transteórico, em usuários com excesso de peso. O objetivo secundário é descrever as características socioeconômicas da população pesquisada; avaliar o estado nutrição da população pesquisada e comparar os resultados do aconselhamento nutricional padrão e do aconselhamento nutricional pautado no modelo transteórico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos apresentados pelo projeto está relacionados ao desconforto que algumas das questões que constam do questionário podem induzir. Pode haver ainda a situação de constrangimento durante a mensuração das medidas. Os pesquisadores ressaltam que o risco de constrangimento será diminuído, pois todas as fases do estudo serão realizadas individualmente em sala fechada.

Os benefícios citados estão relacionados à investigação do estado de saúde dos participantes e a orientação nutricional recebida, que poderá contribuir com a redução do seu peso e bem estar geral. Ainda, o projeto apresenta potencial de geração de dados que contribuirão para o estabelecimento de protocolos de intervenção para outros pacientes.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.383.562

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto em questão apresenta a possibilidade de estabelecer intervenções específicas para cada estágio de mudança de comportamento alimentar, individualmente, com o potencial para proporcionar maior eficácia quanto à motivação dos indivíduos a adotar e manter a alteração alimentar proposta. Neste contexto, ações de educação nutricional, pautadas no modelo transteórico, como o projeto propõe, podem constituir importante ferramenta de promoção à saúde. Desse modo, os dados gerais gerados podem levar a um incentivo à adoção de comportamentos alimentares mais salutar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto avaliado apresenta todos os termos e materiais obrigatórios, segundo as resoluções 340/04, 441/11, 466/12 e 196/96 e seus adendos (resolução 292/99 e 346/05).

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto é claro e objetivo, com potencial benefício direto para a população e para o desenvolvimento do sistema de saúde da cidade de São Luís-MA. Não apresenta pendências e todos os termos necessários estão no projeto. Dessa forma, o projeto encontra-se aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_998779.pdf	30/09/2017 16:24:10		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/09/2017 16:21:21	Deysianne Costa das Chagas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/09/2017 16:20:45	Deysianne Costa das Chagas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa_detalhado.docx	30/09/2017 16:20:05	Deysianne Costa das Chagas	Aceito
Projeto Detalhado	projeto_de_pesquisa_detalhado.pdf	30/09/2017	Deysianne Costa	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
UF: MA Município: SÃO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.383.562

/ Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa_detalhado.pdf	16:19:39	das Chagas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_liberacao_local.pdf	21/09/2017 01:51:15	Deysianne Costa das Chagas	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	21/09/2017 01:46:15	Deysianne Costa das Chagas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 16 de Novembro de 2017

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) para participar da pesquisa “Aconselhamento nutricional, pautado no modelo transteórico, em usuários com excesso de peso atendidos em Unidades Básicas de Saúde de São Luis – MA: um ensaio clínico randomizado”. Neste estudo pretendemos avaliar o impacto do aconselhamento nutricional, pautado no Modelo Transteórico, em usuários com excesso de peso atendidos em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Luis – MA.

O modelo transteórico baseia-se no grau de motivação que o indivíduo apresenta em relação à necessidade de mudança. Portanto, o motivo que nos leva a estudar o aconselhamento baseado neste modelo é avaliar se a utilização de intervenções específicas para cada estágio de mudança de comportamento alimentar pode proporcionar maior eficácia quanto à motivação dos usuários em adotar e manter um comportamento alimentar saudável e conseqüente perda de peso.

O senhor(a) foi escolhido(a) por apresentar excesso de peso, que é classificado como índice de massa corporal igual ou maior que 25kg/m². É importante esclarecer que neste estudo os participantes serão divididos em dois grupos. Um deles chama-se grupo de estudo, neste grupo o aconselhamento nutricional será baseado no modelo transteórico, nesse modelo os participantes receberão orientações alimentares específicas de acordo com nível de motivação para mudança de hábitos alimentares. O outro grupo chama-se grupo controle no qual o aconselhamento nutricional será baseado nas recomendações do guia alimentar para a população brasileira, nesse grupo além das orientações nutricionais, cada usuário receberá metas baseadas em propostas de mudanças alimentares a partir da análise do consumo atual de alimentos. O(a) senhor(a), enquanto participante da pesquisa, pode compor qualquer um dos grupos, que será definido por meio de sorteio, sem interferência de nenhum dos pesquisadores. Caso seja integrante do grupo controle, o(a) senhor(a) poderá, ao final do estudo, realizar o acompanhamento seguindo o mesmo protocolo

utilizado para o grupo de estudo, quatro encontros, uma vez a cada dois meses, com o aconselhamento baseado no modelo transteórico.

Se você concordar em participar, as seguintes coisas acontecerão: você responderá a um questionário que investigará aspectos socioeconômicos, demográficos, de estilo de vida, clínicos e nutricionais. Você será submetido à avaliação do estado nutricional, que implicará na aferição de medidas corporais para identificar seu estado nutricional e sua composição corporal. Você também receberá orientação nutricional, com vistas à redução do peso corporal, e será acompanhado a nível ambulatorial por um(a) nutricionista a cada dois meses, durante o período de oito meses. A consulta terá duração média de 30 a 40 minutos.

Algumas das questões que constam do questionário podem ser inapropriadas e produzir sentimentos indesejáveis, mas caso você ache necessário, poderá interromper a entrevista a qualquer momento. Pode haver ainda a situação de constrangimento, onde o(a) senhor(a) pode se sentir incomodado(a) ou envergonhado(a) durante a avaliação do seu estado nutricional. Nesse caso, o(a) senhor(a) pode também parar a avaliação sem sofrer nenhuma punição por isso. É importante esclarecer que o risco de constrangimento será diminuído, pois todas as fases do estudo, incluindo a aplicação dos questionários e a avaliação do estado nutricional serão feitas em uma sala fechada, de modo que outras pessoas não possam ver o interior da sala, nem entrar nela. Além disso, as consultas serão feitas pelo mesmo pesquisador que acompanhará o(a) senhor(a) durante todo o período da pesquisa.

Ressaltamos que a avaliação nutricional irá auxiliar na investigação do seu estado de saúde. Você receberá orientação nutricional que poderá contribuir com a redução do seu peso e isto poderá trazer benefício direto para você ao participar deste estudo, como também auxiliar outros pacientes com excesso de peso no futuro.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a

qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

As informações colhidas serão mantidas em sigilo; seu nome não será divulgado ou revelado em nenhum momento, e todos os dados obtidos serão usados exclusivamente para a pesquisa. Os dados deste estudo poderão ser discutidos com pesquisadores de outras instituições, mas nenhuma identificação será fornecida.

No caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via ficará com (o)a senhor(a) e a outra ficará com a pesquisadora.

Se você sofrer qualquer injúria como resultado da sua participação neste estudo, ou se acreditar que não tenha sido tratado razoavelmente, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável por este estudo Profa. Deysianne Costa das Chagas, na Coordenação do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone (98) 3272-8531 das 8:00 às 12:00 horas e das 14:00 às 18:00 horas ou pelo e-mail chagas.deysianne@gmail.com.

Se o(a) senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, pelo telefone 3271-8708 ou pelo e-mail cepufma@ufma.br. O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA localiza-se na avenida dos portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, em frente ao auditório Multimídia da PPPGI. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e autorizo minha participação, para fins de pesquisa, sem divulgação da minha identidade.

São Luís, _____ de _____ de 20____.

Participante da Pesquisa

Responsável pela Pesquisa