

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

FERNANDA TRESPACH DOS SANTOS

**EDUCAÇÃO ALIMENTAR ATRAVÉS DA DISCUSSÃO
FACILITADA EM UM GRUPO DE IDOSAS DA
UNIVERSIDADE PARA A TERCEIRA IDADE – UNITI/UFRGS**

Porto Alegre, dezembro de 2012.

FERNANDA TRESPACH DOS SANTOS

**EDUCAÇÃO ALIMENTAR ATRAVÉS DA DISCUSSÃO FACILITADA
EM UM GRUPO DE IDOSAS DA UNIVERSIDADE PARA A TERCEIRA
IDADE – UNITI/UFRGS**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dra. Maurem Ramos

Orientadora

Doutoranda Jaqueline Driemeyer Correia Horvath

Co-orientadora

Porto Alegre, dezembro de 2012.

FERNANDA TRESPACH DOS SANTOS

**EDUCAÇÃO ALIMENTAR ATRAVÉS DA DISCUSSÃO FACILITADA
EM UM GRUPO DE IDOSAS DA UNIVERSIDADE PARA A TERCEIRA
IDADE – UNITI/UFRGS**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, dezembro de 2012.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o trabalho de conclusão de curso elaborado por Fernanda Trespach dos Santos, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Comissão Examinadora:

Profa. Ms. Maria Rita Macedo Cuervo

Profa. Dra. Nut. Ilaine Schuich

Profa. Dra. Nut. Maurem Ramos – Orientadora

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu querido e brilhante avô Arlindo Valter Trespach (in memoriam), que me enche de orgulho e inspiração ainda hoje pela experiência de vida, e a quem sou eternamente grata pela minha família e pelos princípios que nela cultivou.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente à minha mãe, Iara, por tudo que sou, pelos valores que me ensinou, pela confiança que sempre depositou em mim, pela força para enfrentar os desafios e por todos os puxões de orelha que mereci. Pelas ligações de sexta-feira “tu vens hoje?” e por toda a sua amizade. Mãe, esta conquista é metade tua. Ao meu pai, pelo perfeccionismo e garra que herdei, por ter depositado um fundinho de confiança em uma profissão que não lhe parecia muito promissora, e por me receber sempre com um sorrisinho de encher de amor. Aos E ao meus irmãos, pedacinhos de mim, que me enchem de orgulho e me alegram pela simples presença, e também ao pequeno Miguel, que em breve vem trazer mais alegrias à família.

Agradeço de coração à minha madrinha e segunda mãe, Zurá, e meu padrinho, Vainer, por todos os puxões de orelha que minha mãe não deu. Aos meus companheiros de apartamento e quase irmãos, Tainá e Henrique, pelas risadas, discussões e parceria, e por me aturarem (até quando aguentaram). A toda minha família, em especial minhas duas avós, que eu quase morro de saudade e corro para um colo sempre que possível. E também às minhas segundas-famílias, que me ensinaram valores e me acolheram, e comemoraram minhas vitórias como se fossem deles.

Aos amigos que Porto Alegre me deu: Bá, Laio, Fê, Fran, Bebê, Nessa, Jú, Bruni, Álvaro, Maíra, Grasi (e também o Júlio e a Maria). E aos que ficaram saudosos em Osório (eu sei, também fiquei): Brú, Fran, Duda, Dudu, Flavinha, Felipe. Aos que vivem também na ponte-aérea, mas vivemos desencontrados: Kati, Mila, Flai, Lucas, e toda a galera da Rural. Aos eternos companheiros de estagio, Simone e Thiago. Às meninas do CEANUT por todo o coleguismo e compreensão.

Às minhas orientadoras: Maurem, por todo o seu conhecimento e dedicação, por toda a experiência que dividiu comigo e por ter sido minha principal base acadêmica, e Jaque, pelo apoio, força e incentivo, e por sempre segurar a barra. À Rhayza pela grande ajuda. E à toda equipe da UNITI, em especial às meninas do grupo, donas de uma juventude invejável.

E um agradecimento especial a um grande mestre, que me honra por poder ter sido sua aluna e é com certeza um dos principais responsáveis pela minha insaciável vontade de aprender, o querido Professor Paulinho.

EPÍGRAFE

“Esta é uma época excitante para o campo da educação nutricional. Todos parecem estar interessados em comida. Muitos jornais têm seções semanais sobre alimentação, guias de restaurante tem se proliferado, chefes sendo tratados como celebridades. Programas de cozinha são populares na televisão, e em alguns canais de televisão são específicos sobre alimentação. As seções sobre alimentação nas livrarias cresceram, e livros de dieta são abundantes. Alimentação também é um tópico muito presente nas conversas. Como provavelmente já tenha vivenciado, mencionar que é da área da nutrição significa incitar imediatamente muitos questionamentos. Claramente, alimentação não é somente uma necessidade, mas um dos grandes prazeres da vida...”

Contento (2007)

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Médias de peso, IMC e circunferência da cintura no pré-teste e pós-teste.....	35
Tabela 2. Distribuição dos participantes da amostra de acordo com a adesão a cada item descrito nos Dez Passos.....	36
Tabela 3. Adequação da pontuação obtida nos itens de consumo relativos aos Dez passos distribuída por cada sujeito da amostra.....	39
Tabela 4: Percepção de benefícios relatada pelos participantes do grupo sobre os seus comportamentos em relação à sua própria saúde.....	41
Tabela 5: Percepção de prejuízos relatada pelos participantes do grupo sobre os seus comportamentos em relação à sua própria saúde.....	42
Tabela 6. Número de barreiras encontradas como motivos para não realização das recomendações, distribuído para cada item dos Dez Passos.....	44

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	4
AGRADECIMENTOS	5
EPÍGRAFE	6
LISTA DE TABELAS.....	7
SUMÁRIO	8
1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Educação Alimentar no Brasil.....	10
1.2 Educação Alimentar na Promoção da Saúde	11
1.3 Intervenção Educativa.....	14
1.3.1 Modelo de Aprendizagem	14
1.3.2 Discussão Facilitada	15
1.3.3 Barreiras do Consumo Alimentar	16
1.3.4 Planejamento de uma Atividade Educativa	17
1.4 Envelhecimento Populacional e Qualidade de Vida.....	18
2. JUSTIFICATIVA.....	21
3. HIPÓTESE.....	21
4. OBJETIVOS	21
4.1 Objetivo Geral	21
4.2 Objetivos Específicos	21
5. DEFINIÇÃO OPERACIONAL DAS VARIÁVEIS.....	22
5.1 Variáveis mediadoras.....	22
5.1.1 Percepção de benefícios e prejuízos	22
5.1.2 Motivação	23
5.1.3 Estágios da mudança de comportamento	23
5.1.4 Auto-eficácia	24
5.1.5 Barreiras do consumo alimentar	24
5.1.6 Adequação aos Dez Passos da Alimentação Saudável	25
6. MÉTODO DE PESQUISA.....	26
6.1 Delineamento	26
6.2 Amostra.....	26

6.3	Formação do grupo.....	27
6.4	Avaliação Inicial e Final	27
6.5	Instrumento “Indicadores Psicossociais do Consumo Alimentar”	27
6.6	Avaliação Antropométrica	29
6.7	Modelo de intervenção	29
6.8	Oficinas de Culinária	32
6.9	Análise dos Dados	33
7.	RESULTADOS.....	33
7.1	Perfil da Amostra	33
7.2	Antropometria	34
7.3	Adesão aos Dez Passos da Alimentação Saudável.....	36
7.4	Adequação aos Dez Passos da Alimentação Saudável.....	38
7.5	Percepções de benefícios e prejuízos dos comportamentos.....	40
7.6	Suporte Social e Normas percebidas	43
7.7	Barreiras do Consumo Alimentar.....	43
8.	DISCUSSÃO	45
9.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
10.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
	ANEXOS	58
	APÊNDICES.....	62

1. INTRODUÇÃO

1.1 Educação Alimentar no Brasil

Os primeiros estudos sobre alimentação no Brasil começaram a ser publicados em meados de 1830. Eram realizados pelas Faculdades de Medicina então existentes no país, e descreviam principalmente padrões alimentares e deficiências nutricionais, relacionando-os à presença de determinadas doenças. O surgimento do campo da nutrição em si data de 1930, através da formação dos primeiros médicos nutrólogos. E sua consolidação, a partir de 1940, representada fortemente por Josué de Castro, sob influência do Médico argentino Pedro Escudero. Surgem, assim, dois campos distintos da Nutrição: o biológico (visando o estudo dos aspectos clínicos e fisiológicos dos indivíduos e a influência dos alimentos em ambos) e o social (atento às questões econômicas, à produção, à distribuição e ao consumo dos alimentos) (VASCONCELOS, 2007).

Neste contexto, surge a educação alimentar no Brasil, em meados de 1940, com o objetivo de promover condições adequadas de alimentação para o trabalhador. Logo nas décadas seguintes, o interesse antes social passa a ser prioritariamente econômico, visando à inserção de alimentos de exportação e excedentes agrícolas na alimentação brasileira. Com o regime militar, o pensamento técnico-científico toma espaço, e passa-se a priorizar a produção de novos alimentos pela indústria, visando a suplementação alimentar contra as carências nutricionais. A Educação Nutricional, portanto, que já estava em segundo plano, passa a ser acusada de ensinar o pobre a “apertar o cinto sem doer” e fica restrita ao campo clínico da Nutrição (BOOG, 1997).

Ainda de acordo com Boog (1997), a primeira publicação da Organização Mundial da Saúde sobre educação nutricional, a qual data da década de 1950, difundia que bons hábitos alimentares deveriam ser ensinados tanto para populações pobres quanto as mais favorecidas, mas tinha na verdade um objetivo político de minimizar as tensões sociais e evitar a propagação do socialismo. Tal publicação tratava de métodos de planejamento, estratégias de ensino e avaliação, bem como da execução, e considerava os profissionais da Nutrição como meros assessores neste processo, excluídos tanto do planejamento como da execução dos mesmos.

Apesar de descrito que não deveria ficar restrito a somente uma área profissional, devendo ser trabalhada conjuntamente por todos os profissionais envolvidos na área, incluindo médicos, nutricionistas, agrônomos, trabalhadores agrícolas, professores, especialistas em economia doméstica, e todos os demais profissionais da área da saúde e afins, não havia um responsável direto. Definiam-se apenas os médicos nutrólogos como centro decisório, e os nutricionistas ficavam relegados a um mero papel multiplicador, de divulgar as informações que eram “pensadas por outros” (BOOG, 1997). A autora demonstra uma preocupação sobre a definição de papéis no campo da educação nutricional, que viria depois a ser estabelecida em lei como atividade exclusiva do Nutricionista (BRASIL, 2008).

Data já da época da II Guerra Mundial outra importante contribuição para estruturação da área da educação alimentar. Como registrado por Wansink (2002), o Comitê sobre Hábitos Alimentares do Conselho Nacional de Pesquisa dos Estados Unidos da América, fortemente representado por Kurt Lewin e Margareth Mead, trazia em seus estudos as bases do comportamento humano, com forte influência da mídia e desenvolvido sob aspectos sociais, religiosos, étnicos, familiares e culturais. Traziam também a necessidade de utilização de recursos didáticos como facilitadores do processo educativo. (WANSKINK, 2002)

Apesar do reconhecimento da importância da EAN, no Brasil, as publicações de experiências envolvendo programas de educação alimentar ainda são escassas. Sua valorização perante os programas de Saúde Pública iniciou-se com o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, mas poucos estudos são publicados no sentido de esclarecer métodos e práticas que mostrem resultado nesta área (BOOG, 1997).

1.2 Educação Alimentar na Promoção da Saúde

Com a crescente valorização das influências socioambientais nos padrões de comportamento – e, conseqüentemente, na saúde – da população, a OMS traz, em 1986, durante a Conferência de Ottawa, uma definição para a promoção da saúde, como sendo um *“processo de capacitação que garante maior controle de cada indivíduo sobre sua saúde”*, ressaltando a importância de uma vida social e economicamente ativa, e *“...passando a olhar a saúde como um recurso do dia-a-dia, e não um objetivo de vida”* (WHO, 1986).

A Educação em Saúde é definida como parte integrante do contexto de Promoção da Saúde, que é descrita também na Conferência de Ottawa de 1986 como sendo: 1) o

desenvolvimento de políticas públicas de saúde; 2) a criação de ambientes favoráveis; 3) o fortalecimento de ações comunitárias; 4) o desenvolvimento de habilidades pessoais – aonde toma espaço a Educação em Saúde; 5) a reorientação dos serviços de saúde; e 6) ações para o futuro (WHO, 1986).

Para o desenvolvimento dessas habilidades pessoais, surge uma necessidade de empoderamento da população, a fim de torná-la mais ativa e capaz de tomar decisões em relação a sua própria saúde. Inicia-se um conflito, portanto, da educação em saúde para prevenção de doenças simplesmente, a “velha saúde pública” ou “modelo tradicional” contra a “nova saúde pública” ou “modelo radical”, que deixa de ser apenas ausência de doenças, passando a ser valorizada a qualidade de vida. (OLIVEIRA, 2005). A Educação Tradicional (ou bancária, na concepção de Freire), começa a ser esculpida, então, dando espaço a uma abordagem “*realmente capaz de promover mudanças de comportamentos e melhorias na saúde da população*” (MACIEL, 2009).

No modelo tradicional, a abordagem preventiva relacionava como causas para o desenvolvimento de doenças ou falta de saúde o modo de vida dos indivíduos (alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo), sendo estes uma consequência de decisões individuais equivocadas. Já na nova concepção de saúde pública, consideram-se as influências socioeconômicas, culturais e ambientais, combinadas às mudanças de comportamento para promoção da saúde individual e coletiva. Essa preocupação mais evidente com a promoção a saúde surge como resposta à conscientização sobre as limitações da medicina e à necessidade de redução de gastos hospitalares e em tratamentos médicos, além da crescente responsabilização social pela saúde (OLIVEIRA, 2005).

Contudo, ambas as linhas de condução da educação se sobrepõem, o que acontece tanto na educação em saúde quanto na educação alimentar e, na prática, ainda se percebe uma resistência na aplicação desta visão moderna e mais ampla da mesma. Israel & Tighe (1984) citam, em revisão da literatura, estudos limitados que, além de realizar a simples transmissão de conhecimento como método para educação, em sua maioria não trazem avaliações dos resultados obtidos com tais práticas (ISRAEL & TIGHE, 1984).

Apesar desta constatação ter sido realizada já há bastante tempo, observa-se pouco progresso nos dias de hoje, verificando-se que o modelo criticado ainda mostra-se fortemente enraizado nas práticas educativas realizadas pelos profissionais atualmente (FIGUEIREDO et al, 2010). A simples disseminação de informação no campo da saúde pode até levar a mudanças, mas através de estímulos temporários, que, ao cessarem, tende a ser restabelecido

o antigo padrão de comportamento. Este modelo via educandos como simples objetos das práticas educativas e carentes de um saber sobre a saúde, atuando de forma passiva perante ao educador (ALVES, 2005).

O modelo dialógico de educação, em contrapartida, tem sido associado a mudanças duradouras de comportamentos, já que é responsável pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado (VALENTE, 1986). Este modelo traz o diálogo como instrumento essencial, cujo objetivo não é de informar, mas de transformar (os saberes já existentes). Deve ser estruturado tendo como base as crenças, hábitos, papéis e condições de vida dos indivíduos, envolvendo-os nas ações de forma ativa, para que haja maior efetividade na sua realização (ALVES, 2005).

Reforçando as bases do modelo dialógico, Kurt Lewin já utilizava a discussão facilitada ao realizar educação em grupos, apoiando-se na problematização de questões sociais, econômicas e políticas envolvendo a alimentação. Utilizou essa metodologia durante a Segunda Guerra Mundial, visando modificações nos padrões alimentares de americanos pela escassez social de alimentos (WANSINK, 2002).

A problematização surge também como estratégia de educação para mudança de comportamento através da libertação pela educação, ou seja, através da construção da autonomia em cada indivíduo. A educação libertadora utiliza a metodologia da conscientização, como meio de conferir poder aos indivíduos que sofrem opressão (da mídia, da sociedade ou do governo) (FREIRE, 1987).

Como facilitadora na mudança de comportamento alimentar, a problematização em sessões de discussão em grupo provoca reflexões sobre as práticas alimentares e o contexto familiar, social e cultural que as envolve. Mostra-se eficaz em auxiliar os indivíduos na compreensão de sua história de vida e dos determinantes do seu comportamento alimentar ao longo de toda sua trajetória. E, assim, a efetivarem mudanças na sua alimentação através das próprias conclusões e não a partir de recomendações impostas por outrem. Conscientizando-os a respeito da necessidade de mudança duradoura nas práticas alimentares e do desenvolvimento de sua autonomia nos cuidados com a própria saúde (BOOG, 2006).

1.3 Intervenção Educativa

1.3.1 Modelo de Aprendizagem

A Teoria Social Cognitiva (TSC), ou Teoria da Aprendizagem Social, como ainda hoje é conhecida, embora seus princípios tenham se modificado, descreve o papel ativo que cada indivíduo possui no seu próprio processo de aprendizagem. Salienta que os fatores ambientais são importantes mediadores, mas que o indivíduo deve ser agente do processo de mudança que deseja, devendo partir de si a intenção de agir. (BANDURA, 2001; FREITAS & DIAS, 2010).

Segundo Bandura, as pessoas são proativas e autorreguladas, e não apenas produtos das condições a que são impostas. O autor sugere, como princípios da ação, a intenção, a qual inclui os planos e as estratégias para realizá-la, e a antecipação, onde, a partir de objetivos fixados para si mesmas, os indivíduos prevêm o resultado como forma de motivação para seu esforço de realizar determinado comportamento. Destaca, ainda, que o comportamento individual sofre influência do coletivo, visto que as pessoas estão inseridas em um sistema social, cujas estruturas ao mesmo tempo trazem limitações e oportunidades para o desenvolvimento de cada indivíduo (BANDURA, 2005).

Bandura inclui, portanto, a motivação como parte fundamental do processo da aprendizagem, que inicia com a observação e seleção de determinados comportamentos, que são armazenados na memória, ou seja, ficam retidos, e caso haja motivação para tanto, são executados, seguindo o modelo inicial. Cita-se como importante fator que exerce influência, seja ela positiva ou negativa, sobre a motivação de um indivíduo as experiências vicárias, ou seja, a observação do êxito do próximo ao executar uma ação, que contribui para o desenvolvimento da crença do indivíduo em suas próprias capacidades de realizar esta mesma ação. Assim como a observação do fracasso enfraquece as crenças do indivíduo no próprio sucesso. Essa aprendizagem observacional influencia na auto-eficácia do indivíduo, podendo, inclusive determinar o quanto a mesma persistirá perante as dificuldades e desafios até que os objetivos sejam alcançados (FLÓRIDE, 2011).

A modelação social, então, se contrapõe às teorias pré-existentes, entre elas, a teoria comportamentalista (ou behaviorismo), o qual justificava a aprendizagem por meio de ações particulares e de tentativa e erro, a teoria socialista, que descrevia ser o comportamento definido por fatores ambientais e o indivíduo como produto deste meio, e também à teoria

biológica que defendia a hereditariedade na determinação do comportamento humano (FLÓRIDE, 2011).

Esse modelo de aprendizagem passa a ter um importante papel nas definições do comportamento individual, explicando que a ação individual sofre forte influência dos padrões de comportamento das pessoas ao seu entorno. No entanto, embora erroneamente comparado, o modelo em questão difere da imitação em si, pois quando os indivíduos interiorizam a essência do comportamento observado, eles utilizam-no para gerar um novo comportamento, geralmente embasado em observações de diferentes modelos combinados, e adequado a suas características pessoais, mas que possui o mesmo princípio. Muito além da utilização como forma de explicar e prever um comportamento, a TSC é utilizada como embasamento na promoção de mudanças de comportamento, visto que o indivíduo, como agente de seu próprio desenvolvimento, torna-se capaz de transformar sua realidade e criar condições favoráveis para si (BANDURA, 2005).

Essa teoria é a base para entender o comportamento humano, e dá origem as variáveis mediadoras do comportamento: percepção de benefícios e prejuízos, motivação para a mudança, estágios da mudança de comportamento, auto-eficácia e as barreiras para o consumo alimentar.

1.3.2 Discussão Facilitada

A discussão facilitada utilizada por Lewin tem se mostrado bastante benéfica como modelo para estruturação de atividades educativas em grupo, devido aos inúmeros benefícios ao educando aos quais tem sido relacionada. Benefícios, esses, que estão relacionados principalmente com o aumento da interação entre o grupo, seja ela de participante para participante como entre os participantes e o moderador. Estudos mostram que a discussão facilitada promove um papel ativo do educando no processo de aprendizagem, e estimula o compartilhamento de experiências, conhecimento e opiniões. Também gera uma maior atenção e interesse de cada participante, devido a seu papel ativo e interação com as vivências do próximo. Facilitando, assim, o processo de aprendizagem e da mudança de comportamento, visto que influencia positivamente no desenvolvimento da autoeficácia e da transferência do conhecimento teórico para situações reais do cotidiano e, embasando, dessa forma, a solução dos seus próprios problemas (ABUSABHA et al, 1999).

Abusabha et al (1999) trouxeram também as diretrizes para a discussão facilitada, que servem como guia para o educador:

- Construir o grupo de acordo com as necessidades e interesses em comum dos participantes e definir regras como respeito, confidencialidade e escuta ao próximo, e estabelecer a programação, a duração das discussões e o horário de início e fim.
- Realizar exercícios de desinibição, estimulando a interação entre os membros e utilizar questionamentos abertos, que evitam respostas dicotômicas de “sim ou não” e possibilitem a descrição das experiências de cada um.
- Guiar a discussão para manter o foco dos participantes, trazendo o debate de volta ao tema e incentivar a participação ativa dos membros, encorajando-os a dividirem suas opiniões e experiências e reforçando positivamente as falas (através de gestos ou verbalmente).
- Ressaltar os diferentes pontos de vista e corrigir equívocos, evitando se estender demais nas suas falas e enfatizando o valor da experiência de cada um; facilitar a aceitação, não negar ou desvalorizar colocações, ideias e experiências dos participantes; e sintetizar, repetir e clarear soluções encontradas pelos membros.
- Ser paciente e agradável, entender que leva tempo para que os participantes adquiram confiança no grupo, nos integrantes e no moderador, e desfrutar as aprendizagens juntamente com o grupo.

1.3.3 Barreiras do Consumo Alimentar

As barreiras para a mudança de comportamento podem ser observadas desde as intervenções realizadas durante a II Guerra Mundial. Lewin mostrou nos seus estudos que, para estimular o consumo de novos alimentos, devemos entender primeiramente os motivos para o não consumo, caso contrário, o estímulo para o seu consumo torna-se ineficaz. Entendendo que as donas de casa eram as principais responsáveis por determinar o que seria consumido pela família, esses trabalhos basearam-se em entrevistas e observações realizadas com as mesmas, identificando as barreiras que impediam quer a compra ou o preparo de alguns tipos de alimentos. Trouxe, juntamente com outros autores da mesma época, as barreiras como sendo as crenças sobre: 1) alimentos apropriados ou inapropriados para o consumo, 2) o sabor dos alimentos e 3) as dificuldades no preparo dos mesmos; fatores que se

mostravam os maiores empecilhos no consumo de novos alimentos. A partir de então, passou-se a trabalhar a reestruturação de normas sociais, a modificação das percepções do sabor e o favorecimento da assimilação de alimentos não-familiares, para depois então ser incentivado o seu consumo (WANSINK, 2002).

1.3.4 Planejamento de uma Atividade Educativa

De acordo com Boog (1997), já há bastante tempo vem sendo descrita a necessidade da realização de um diagnóstico preciso e da definição de objetivos claros para a realização de qualquer intervenção educativa, método que vem amparado ainda no modelo behaviorista de educação. Mais recentemente, Gielen et al trouxeram definições precisas do planejamento de uma ação educativa, o qual deveria considerar, primeiramente, os problemas e necessidades da população alvo, para então identificar os determinantes da saúde desses problemas e, por fim, analisar os padrões de comportamento e fatores ambientais envolvidos (BOOG, 1997; GIELEN et al, 2008). Esclarecidos os fatores que predispõem, reforçam e permitem tais comportamentos e estilo de vida como um todo, constrói-se a ação de promoção da saúde, educação em saúde ou intervenção que melhor se adéque. Visando encorajar as mudanças desejadas nos padrões de comportamentos e nos fatores ambientais. Considerou-se também a avaliação dos processos utilizados e do impacto da ação sobre os fatores causadores dos padrões de comportamento, e sobre os próprios comportamentos e, por fim, do desfecho alcançado (GIELEN et al, 2008).

Mais especificamente como atividade educativa em grupo, a estratégia de intervenção envolvendo a discussão facilitada deve considerar a orientação por um moderador ou facilitador cujas funções englobem “a elaboração da entrevista, a condução da discussão, a análise e o relato de seus resultados” (DIAS, 2000). Define-se também a duração da discussão, que deve perdurar por pelo menos uma hora, mas não se prolongar por mais que duas. Considera-se uma hora o tempo mínimo para que se consiga criar atmosfera estimulante e produzir um debate enriquecedor, e a partir de duas horas, os participantes tenderão a se desgastar e se desinteressar tanto de emitir opiniões quanto de ouvir os pontos de vista dos demais (KREUGER e CASEY, 2000).

A intervenção, portanto, visa não somente a geração de conhecimento, mas também a aplicação deste conhecimento, ou seja, a mudança de comportamento (LINDGREN et al., 2004; GODOI et al al., 2006). E a mudança mostra-se mais efetiva quando os sujeitos estão

fortemente inseridos no processo e a reeducação de comportamento é efetivada com participação ativa dos sujeitos envolvidos (MORIN, 2004).

1.4 Envelhecimento Populacional e Qualidade de Vida

Para realização do presente estudo, foram considerados como sujeitos da intervenção educativa a população idosa. E qualquer intervenção que vise contribuir para melhorias nas suas condições de saúde e na manutenção de sua autonomia deve focar, com base nas diretrizes propostas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a promoção do envelhecimento ativo e saudável, buscando evitar situações de perda de autonomia e considerando todas as alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento (BRASIL, 1999; BRASIL, 2006). Mostrando a importância de se pensar na promoção da alimentação saudável para esta população.

Vem sendo notícia em todos os meios de comunicação a alteração da distribuição da idade da população mundial. Com os avanços na medicina e expectativa de vida prolongada, a proporção de pessoas idosas vai continuar crescendo cada vez mais. E o Brasil acompanha essa redistribuição nas faixas etárias da população, apresentando um envelhecimento rápido e intenso, que contava com uma população de 20,5 milhões de idosos em 2010, correspondendo a 11% da população de acordo com os resultados do último Censo Populacional. Cabe ressaltar, ainda, que o Rio Grande do Sul é o estado com maior percentual de indivíduos acima de 60 anos, os quais representam 13,8% da população total (IBGE, 2011). E a maior preocupação se dá pelo baixo nível socioeconômico e educacional e alta prevalência de doenças crônicas, causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (LIMA-COSTA et al, 2003).

Envelhecer em um país com problemas sociais, econômicos e estruturais, portanto, constitui-se um grande desafio, tanto para o próprio indivíduo quanto para a sociedade como um todo e também para o governo, no sentido de oferecer qualidade de vida para esta população (RODRIGUES, 2002). Torna-se necessário, então, uma maior atenção às doenças crônicas e degenerativas que incidem nas idades mais avançadas, como hipertensão, diabetes e neoplasias, cuja magnitude pode ser percebida pela ocupação dos leitos em hospitais (SOUZA, 2010). No entanto, juntamente com essa transição que o Brasil vem apresentando em sua população surgem inúmeras dificuldades resultantes do não-controle de fatores de

risco preveníveis como a alimentação e demais cuidados com a saúde (LIMA-COSTA et al, 2003).

Essa crescente demanda nos serviços de saúde leva a escassez de recursos, um dos principais desafios da saúde pública atualmente, que se potencializa com o envelhecimento da população. O idoso, além de ser a população que mais utiliza os serviços de saúde, apresenta um tempo de ocupação do leito maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos, além de crônicas, são múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos, além de afetarem a capacidade funcional dos mesmos (LIMA-COSTA e VERAS, 2003).

Os idosos apresentam condições peculiares que condicionam o seu estado nutricional e que ocorrem devido às alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, como a redução da massa magra, o aumento do tecido adiposo corpóreo e a menor eficiência de bombeamento do coração, podendo haver diminuição do fluxo sanguíneo. Também há diminuição nas percepções do olfato e paladar, dificultando a aceitação de determinados alimentos, e a atrofia da mucosa gástrica leva a uma menor secreção de ácido clorídrico e bile – dificultando a digestão. Havendo, ainda, a perda do tônus do trato gastrointestinal, o que pode levar à constipação (MARCHI, 2007).

Ainda, as perdas dentárias e o conseqüente dano à mastigação, muito comuns nessa faixa etária, estão relacionados com a seleção de alimentos mais fáceis de mastigar, levando a deficiências nutricionais pela monotonia alimentar. A dor ou desconforto ao se alimentar pela dificuldade de mastigação, tanto pelo uso de próteses como pela falta de dentes, pode levar à redução da biodisponibilidade dos nutrientes, visto que acabam engolindo alimentos mastigados de forma insuficiente, em pedaços grandes que são menos aproveitados pelo trato gastrintestinal (MARCHI, 2007).

Também as dificuldades de memória, que acaba sendo prejudicada até em idosos saudáveis (PINTO, 1999), dificultam os cuidados do idoso com sua própria saúde. Ainda, a elevada prevalência de doenças crônico degenerativas favorece também o comprometimento dos processos mentais, levando ao desenvolvimento da depressão, principalmente, entre outras enfermidades. A lentificação dos processos mentais, leva, ainda, à redução da auto-estima, da participação na comunidade e das relações sociais, podendo despertar sentimentos de isolamento e solidão no idoso (STELLA, 2002).

Todo esse comprometimento da capacidade funcional e social do idoso, que se refere à habilidade de cuidar de si mesmo, leva-o à perda da sua autonomia, o que gera uma sobrecarga tanto para a família desses indivíduos quanto para o sistema de saúde. Além disso, afetam a qualidade de vida e o bem-estar do idoso, que estão relacionados com a situação socioeconômica, a satisfação do indivíduo em relação ao seu estado emocional e às suas interações sociais, a atividade intelectual e o auto-cuidado em saúde, fundamental para o sucesso na prevenção e no tratamento de doenças crônicas (TORRES et al., 2009).

No entanto, envelhecer não deve ser sinônimo de adoecer. Portanto, torna-se fundamental o planejamento e desenvolvimento de políticas e ações de saúde que possam contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos idosos brasileiros e prevenção do desenvolvimento dessas enfermidades. Nesse sentido, o Brasil segue se organizando para responder às crescentes demandas da população idosa. Inicialmente a Política Nacional do Idoso, de 1994, assegurava direitos sociais à pessoa idosa, incentivando a promoção da autonomia e participação mais ativa desse grupo na sociedade. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, de 2006, por sua vez, surgiu com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). E, em 2009 é publicado o manual “Alimentação saudável para a pessoa idosa: Um manual para profissionais de saúde”, trazendo diretrizes para os cuidados dos idosos pelos profissionais da saúde, entre eles os Dez Passos da Alimentação Saudável para a População Idosa (Dez Passos), material utilizado como referencial teórico para uma alimentação saudável no presente trabalho (BRASIL, 2009).

Contudo, apesar de a legislação brasileira mostrar-se bastante avançada em respeito aos direitos na atenção e cuidados da população idosa, a prática ainda é insatisfatória. De modo que as atividades envolvendo melhorias na qualidade de vida desta população e garantia da autonomia desses indivíduos para seu autocuidado, bem como as publicações das mesmas, ainda são escassas. Fazendo com que a maioria das políticas fique apenas no planejamento, no papel, não sendo postas em prática de maneira a tornar o processo de envelhecimento venha junto com qualidade de vida, saúde e bem-estar.

2. JUSTIFICATIVA

A proposta do trabalho justifica-se pela importância da realização de programas de educação alimentar com idosos – visando a prevenção de doenças crônicas e a garantia da autonomia nesta população, e pela necessidade de se testar as intervenções educativas realizadas, avaliando-se seus resultados e divulgando seus métodos para permitir sua replicação em populações semelhantes.

3. HIPÓTESE

A hipótese é de que a intervenção educativa utilizada irá contribuir para a mudança de comportamento, através da modificação das variáveis mediadoras: as percepções de benefício e prejuízo, as barreiras do consumo alimentar, a auto-eficácia e a motivação para mudança, que visa à adequação a todos os itens dos Dez Passos da Alimentação Saudável por esses indivíduos.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Testar a metodologia da discussão facilitada em grupo na mudança de comportamento dos seus participantes.

4.2 Objetivos Específicos

- a. Descrever as características dos sujeitos da amostra.
- b. Avaliar a alteração das variáveis mediadoras: percepção de benefício, percepção de prejuízo, motivação para mudança e os estágios da mesma, a auto-eficácia e as barreiras do consumo alimentar.

- c. Verificar a adesão e a adequação aos Dez Passos da Alimentação Saudável para a População Idosa.

5. DEFINIÇÃO OPERACIONAL DAS VARIÁVEIS

Buscou-se trazer uma definição técnica para as variáveis que foram consideradas na execução do presente trabalho, as quais serão utilizadas na avaliação dos resultados da intervenção.

5.1 Variáveis mediadoras

5.1.1 Percepção de benefícios e prejuízos

A percepção é descrita na literatura como uma função cerebral que atribui significado aos estímulos sensoriais a partir de vivências passadas. Na psicologia, o estudo da percepção é de extrema importância, visto que o comportamento das pessoas é baseado na interpretação que fazem da realidade e não na realidade em si. Perceber é, portanto, interpretar ativamente o mundo, não simplesmente percebendo tal como ele é, e sim avaliando-o a seu próprio modo, de acordo com a história, as memórias e a maneira de ver, sentir e reagir, relacionadas a sensibilidade de cada indivíduo (LOPES, 2012).

Define-se a percepção de benefício, portanto, para méritos da realização deste trabalho, como um efeito positivo na saúde percebido ou sentido pelo participante através da realização de algum comportamento, como o consumo dos alimentos que recomendados nos Dez Passos, tais como frutas, vegetais, cereais integrais e leguminosas, ou outros comportamentos, como a ingestão hídrica e a realização de atividades físicas. Inclui-se também a percepção de benefício pela não realização de práticas tidas como prejudiciais, por exemplo, o consumo de doces ou alimentos ricos em sódio, o tabagismo ou o alcoolismo. (TAYLOR, 2007)

Da mesma maneira, a percepção de risco ou malefício aqui definida leva em consideração tanto os efeitos percebidos na saúde pelo baixo consumo ou o não consumo daqueles mesmos alimentos recomendados nos Dez Passos, ou, do contrário, a percepção do

prejuízo para a saúde pela realização de comportamentos considerados negativos para a saúde, como o consumo elevado de sal ou gorduras animais (saturadas).

5.1.2 Motivação

A motivação, conceito bastante discutido e controverso no campo da psicologia, tem diversas definições. De acordo com Vernon (TODOROV e BORGES, 2005) define-se pela força interna que emerge, regula e sustenta todas as nossas ações mais importantes, a qual também é influenciada por situações específicas externas. Para motivar um indivíduo, o terapeuta (ou no caso do presente trabalho, o educador) pode optar por buscar tais situações específicas para estimular o desencadeamento da motivação interna do indivíduo, ou ao menos não gerar desmotivação no mesmo. Também é definida, de forma mais simples, como o estímulo para a realização da ação, que nesse trabalho é promover a mudança de comportamento (YOSHIDA, 2002).

5.1.3 Estágios da mudança de comportamento

Prochaska e outros autores citados por Yoshida (2002) descrevem, em diversos estudos publicados já na década de 1980, principalmente, a mudança como um processo que se dá ao longo do tempo, e que passa por diversos estágios, os quais refletem diferentes níveis de conscientização e enfrentamento do problema, assim como os diferentes graus de empenho realizado para enfrentá-lo. Defende-se, portanto, a importância de se identificar o estágio no qual o indivíduo se encontra antes de qualquer intervenção, para que se possa avaliar como ele irá evoluir no decorrer desta. Os diferentes estágios são conceituados como:

- Estágio de pré-contemplação – não há intenção de mudança, visto que há resistência em reconhecer o problema;
- Estágio de contemplação – o indivíduo começa a admitir que tem um problema e considerar a necessidade de mudar seu comportamento, sem de fato realizá-la;
- Estágio de preparação – quando são observadas tentativas de mudanças, mas sem resultados positivos, pela falta de persistência do sujeito ou por algum fator externo;

- Ação – quando o indivíduo é capaz de tomar uma decisão e modificar de fato seu comportamento e suas atitudes, e essa mudança traz resultados na busca de um objetivo;
- Manutenção – quando há persistência do novo comportamento ao longo de um período, com esforços exercidos para “impedir recaídas e consolidar os ganhos obtidos”;

Cabe ressaltar, que cada indivíduo tem o seu próprio tempo para evoluir do estágio de contemplação, quando se estabelece a conscientização a cerca da mudança, ao próximo estágio, quando há a concretização desta, a ação. E pode, inclusive, nunca chegar à ação (YOSHIDA, 2002).

5.1.4 Auto-eficácia

A crença de cada indivíduo em suas capacidades e habilidades – que o tornam ator de sua própria vida, proativo na busca por seus objetivos, e responsável por seus atos e comportamentos – é um fator indispensável para a mudança. Isto porque, se ele não aceitar sua responsabilização e não acreditar na sua competência, o ciclo da mudança se fecha, e ele poderá se tornar vitimizado pelas circunstâncias. É necessário que ele entenda todo o processo envolvido em cada comportamento que realiza, e que assuma seu papel, sendo proativo neste processo (TAYLOR, 2007).

5.1.5 Barreiras do consumo alimentar

Por barreiras, entendem-se as crenças e percepções do indivíduo que impeçam ou dificultem o consumo de quaisquer alimentos que sejam recomendados, ou consumir aqueles não recomendados. Para definição dos mesmos, baseou-se nas barreiras já descritas por Lewin (WANSINSK, 2002) durante a II Guerra Mundial, tendo sido adaptadas para a população em questão. Foram então estabelecidas 7 barreiras, sobre as quais questionou-se a percepção pelo indivíduo para cada um dos Dez Passos.

- Pela **falta de apetite**, motivo questionado somente para o item 1 do primeiro passo (frequência de refeições);
- Por **motivos de saúde**, como o não consumo de leguminosas pelo desconforto causado pela flatulência, o não consumo de laticínios por intolerância à lactose,

a não realização de atividades físicas por doenças articulares que causem dor, ou de doenças coronarianas que impeçam o esforço físico;

- Pelo **desconhecimento de quaisquer benefícios (ou malefícios) do consumo**, benefício no caso dos alimentos para os quais se recomenda o consumo (como cereais integrais, frutas, vegetais, laticínios, leguminosas, etc), e malefício para aqueles que se deve evitar (como doces e outras guloseimas ou alimentos industrializados ricos em gordura e sódio);
- Por **acreditar que seja difícil ou demorado preparar** tal alimento, como lavar ou descascar frutas ou vegetais, cozinhar cereais integrais ou leguminosas;
- Pelo fato de a **família não ter o costume de consumir tais alimentos**, e, por isso, não ter o alimento disponível em casa, por escolha própria ou do responsável pela manutenção da casa (e da compra e preparo dos alimentos);
- Pela questão da memória, **esquecem de comprar ou de preparar** estes alimentos, como grãos integrais, frutas e verduras, feijão ou outra leguminosa;
- Ou por simples **falta de hábito de consumi-lo**.

5.1.6 Adequação aos Dez Passos da Alimentação Saudável

Para avaliar a adequação aos Dez Passos, faz-se necessária a distinção considerada aqui entre adequação e adesão, onde:

- Adequação – percentual de todos os itens relacionados ao consumo do instrumento “Indicadores Psicossociais do Consumo Alimentar”, cuja pontuação máxima estabelecida para fins de comparação das diferenças encontradas entre os sujeitos e para cada sujeito no pré-teste e no pós-teste foi de 82 pontos.
- Adesão – incorporação total da recomendação de um item do instrumento, correspondente aos Dez Passos e seus fragmentos na rotina diária, conforme relatado pelos participantes na aplicação do instrumento.

5.1.6.1 Consumo Alimentar

Representado pela frequência e número de porções dos alimentos consumidos em acordo com a recomendação dos Dez Passos.

5.1.6.2 Atividade Física

Definida como qualquer movimentação corporal que resulte em gasto energético maior que os níveis de repouso, realizada de forma planejada, por pelo menos 30 minutos consecutivos.

5.1.6.3 Manutenção do Peso Saudável

Variação do peso das participantes do pré-teste, anteriormente à intervenção para o pós-teste, ao final desta, assim como do Índice de Massa Corporal (IMC) (relação entre peso e altura, onde $IMC = P \times A^2$, P = peso corporal atual do indivíduo em quilogramas e A = sua estatura em centímetros) e da Circunferência da Cintura (CC) aferida antes da intervenção e aquela aferida após a mesma.

6. MÉTODO DE PESQUISA

6.1 Delineamento

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo quase-experimental, sem seleção aleatória dos sujeitos da amostra, utilizando-se da intervenção educativa, envolvendo um pré-teste anteriormente à intervenção e um pós-teste ao final desta.

6.2 Amostra

Foram convidados a participar do grupo indivíduos com 60 anos ou mais, participantes da Universidade para a Terceira Idade (UNITI), projeto vinculado ao Departamento de Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da UFRGS, o qual inclui atividades de extensão, ensino e pesquisa. O convite foi realizado a todos os idosos do projeto, em torno

de 120 pessoas, de forma oral durante uma de suas atividades semanais, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP – HCPA).

6.3 Formação do grupo

Aqueles que demonstraram interesse em participar foram recrutados para uma reunião na qual objetivou-se elucidar os objetivos e propósitos do trabalho que seria realizado. Foram então consideradas as diretrizes descritas por Abusabha et al para formação de um grupo de discussão facilitada. Nesta reunião, portanto, foi esclarecido que o cronograma do grupo seria estruturado para se ajustar as necessidades e interesses dos participantes. Também se estabeleceu as datas e horário dos encontros, bem como a duração dos mesmos (ABUSABHA, 1999). Também foram expostos os tipos de atividades que seriam desenvolvidas e o tempo de duração total da intervenção.

6.4 Avaliação Inicial e Final

Foi realizada uma avaliação antes do início da intervenção educativa, na semana anterior a que se iniciaram os encontros em grupo, e uma avaliação na semana seguinte após o término dos encontros. A avaliação consistiu na aplicação do instrumento “Indicadores Psicossociais do Consumo Alimentar”, e realização da antropometria, os quais serão descritos mais detalhadamente nos próximos tópicos. Ao final da intervenção educativa, foi realizada a reaplicação do mesmo instrumento e a reavaliação antropométrica, a fim de avaliar as mudanças alcançadas com a intervenção.

6.5 Instrumento “Indicadores Psicossociais do Consumo Alimentar”

Este instrumento (APÊNDICE 2) foi elaborado especificamente para a realização desse estudo, tendo como base questionários e escalas previamente adaptados por Contento (2007) (REYNOLDS et al, 2002; TOWNSEND e KAISER, 2005), e os Dez Passos da Alimentação Saudável para a População Idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). O

instrumento apresenta 164 questões, e é dividido em seções que correspondem a cada um dos Dez Passos e seus segmentos:

1. Frequência de refeições;
2. Consumo de carboidratos (cereais, raízes e tubérculos) e preferência pelas versões integrais dos cereais integrais;
3. Consumo de frutas e vegetais (verduras, legumes e hortaliças);
4. Consumo de arroz e feijão (ou outra leguminosa);
5. a) consumo de leite e derivados;
b) consumo de carnes;
6. Consumo de óleo e gordura;
7. Consumo de doces e guloseimas;
8. Consumo de sal e alimentos ricos em sódio;
9. Ingestão hídrica;
10. Realização de atividades físicas, manutenção do peso saudável, tabagismo e alcoolismo.

Cada seção é composta de questões sobre o **consumo** (porções consumidas – tendo sido estimada a porção aproximada a partir da tabela de porções do Guia Alimentar (ANEXO 2) e frequência de ingestão), os **motivos** para não consumir ou o fazer em frequência inadequada em relação à recomendação (barreiras do consumo alimentar), a **auto-eficácia** em relação à mudança deste consumo, e a **motivação** para a mudança. No exemplo a seguir, referente ao Passo 4, pode-se observar a estruturação dessas questões:

a. Consumo:

“Quantas vezes por semana você consome arroz com feijão?”

b. Motivos para o não consumo:

“Você acredita que seja por achar difícil ou demorado preparar arroz e feijão diariamente?”

c. Auto-eficácia:

“Você sente que poderia consumir arroz com feijão pelo menos 5 vezes por semana?”

d. Motivação para a mudança:

“Quão preparado você está para passar a consumir feijão com arroz pelo menos 5 vezes por semana?”

Além destas questões, uma última seção contava com percepções relacionadas a normas percebidas (sociais, familiares e de profissionais da saúde), controle sobre sua própria alimentação (avaliando-se a autoeficácia e a independência do indivíduo) e suporte social.

Cabe ressaltar que o instrumento em questão foi aplicado inicialmente em uma amostra de 30 idosos com perfil semelhante ao da amostra do grupo, para verificação da aplicabilidade do instrumento elaborado a esta faixa etária. Após aplicação do piloto, pode-se realizar algumas alterações na estrutura das frases, de forma a facilitar o entendimento por esta população específica.

6.6 Avaliação Antropométrica

A altura foi mensurada com o indivíduo ereto e com os calcanhares alinhados (estadiômetro vertical portátil da marca Altorexata, com precisão de 1mm); o peso foi aferido com roupas leves e sem sapatos (balança antropométrica calibrada da marca Marte, modelo PP200, com capacidade de 200 Kg e sensibilidade de 50 g); a circunferência abdominal foi medida no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca e a do quadril pela circunferência de maior proeminência da região glútea (fita métrica inelástica e inextensível da marca Cescorf). A altura e o peso dos participantes foram utilizadas para cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal, em Kg/m², considerando-se a razão peso atual (kg)/quadrado da estatura (m²)) tendo sido classificado com base nos pontos de corte previamente descritos na literatura (LIPSCHITZ, 1994).

6.7 Modelo de intervenção

O período da intervenção foi de 5 meses, período no qual foram realizados 16 encontros com intervalos semanais, sendo 12 encontros com o grupo de 16 idosas, com duração entre uma hora e uma hora e 30 minutos, e 4 oficinas culinárias para as quais o grupo foi subdividido em 2 grupos menores de 8 pessoas, para facilitar a realização de atividades mais práticas, e que tiveram maior duração também, de aproximadamente duas horas, de forma a possibilitar a degustação dos pratos elaborados. Além da reunião para esclarecimento

do projeto e das avaliações individuais antes e após a intervenção (pré- e pós-testes). Tendo ocorrido, os encontros, entre os meses de abril e outubro, com recesso durante o mês de julho – devido ao período de férias do grande grupo da UNITI.

O primeiro encontro iniciou-se com as apresentações dos participantes, apresentação do cronograma e sugestões de possíveis alterações, conforme necessidades do grupo. Foi realizado um pequeno exercício de reflexão, para que os participantes do grupo começassem a se interar do tema central de discussão: Alimentação Saudável. Esta dinâmica foi proposta visando descontrair os participantes e facilitar a interação e a comunicação e incentivar a participação do grupo no decorrer dos encontros. A reflexão se deu a respeito de dois questionamentos “O que eu faço para me cuidar?” e “O que eu não faço para me cuidar?”.

Neste primeiro momento, foi orientado também sobre o preenchimento do Diário Alimentar para cada dia da semana, a ser entregue no próximo encontro. Ao final de cada encontro era então entregue um novo Diário Alimentar de 7 páginas, para cada dia da próxima semana, os quais eram estruturados para preenchimento do horário da refeição, dos alimentos consumidos e das quantidades desses, e também continham um espaço para que escrevessem observações e sentimentos envolvendo aquelas refeições, para que lembrassem no momento da discussão (ex: saciedade ou sensação de plenitude, sentimento de culpa por consumir alimentos indevidos, ou quando a refeição foi realizada em algum evento ou em família).

O diário alimentar foi utilizado com o intuito de estimular a conscientização dos indivíduos sobre suas práticas alimentares no dia-a-dia, fazendo-os refletir sobre os próprios comportamentos e aquilo que poderiam modificar neles. Como forma de auto-avaliação, os diários mostram-se importantes ferramentas para auxiliar na efetivação de mudanças nos hábitos alimentares. Facilitam a identificação de onde e quando os maus hábitos estão aparecendo na rotina diária, auxiliando na realização de uma conexão entre o que eles sabem sobre alimentação e saúde e o que realmente estão consumindo (ZEPEDA & DEAL, 2008).

A partir do segundo encontro, foram se seguindo as discussões sobre cada um dos Dez Passos da Alimentação Saudável. Todas as discussões foram orientadas pelo mediador, visando manter o foco da discussão e incentivando a participação de todos. Procurava-se salientar os pontos mais importantes do diálogo, destacando e valorizando as experiências de cada indivíduo, corrigindo possíveis equívocos de forma sutil e esclarecendo dúvidas (ABUSABHA, 1999). E a cada semana era entregue um novo Diário Alimentar para ser preenchido e devolvido no próximo encontro.

Foram também desenvolvidas algumas dinâmicas em grupo e atividades práticas, visando estimular uma maior participação dos indivíduos e interesse nas atividades desenvolvidas, essas atividades incluíram:

- **Atividade:** Elaboração de cardápios fictícios
Objetivo: Identificar os grupos alimentares e estimular variedade na alimentação
Descrição: A partir da recomendação dos Dez Passos da Alimentação Saudável, foi proposta a elaboração de cardápios diários com todas as refeições recomendadas, utilizando-se fotografias dos alimentos de todos os grupos: cereais, tubérculos, raízes, frutas, verduras, legumes, hortaliças, leguminosas, laticínios, carnes, doces, e outros. Os cardápios foram então discutidos em grupo.
- **Atividade:** Confeção de cartazes de cada um dos Dez Passos
Objetivo: Identificar e discutir estratégias para adesão aos passos
Descrição: Em duplas e trios, as participantes do grupo elaboraram cartazes com orientações e dicas para o seguimento de cada passo, que posteriormente foram discutidas com o grande grupo.
- **Atividade:** Leitura de rótulos
Objetivo: Desenvolver a criticidade sobre a composição dos alimentos industrializados, auxiliando na escolha e compra dos mesmos
Descrição: Foi solicitado anteriormente ao grupo que recolhesse rótulos dos alimentos que costumam consumir ou ter em casa, e foram também selecionados os mais diversos itens, entre enlatados, embutidos, biscoitos, laticínios, congelados e etc, e levados para o grupo. Todos os pacotes foram colocados sobre a mesa separados pelas categorias a que pertenciam. Os indivíduos foram separados em pequenos grupos, cada qual ficando responsável por analisar as embalagens dos diferentes produtos de uma categoria e identificar as melhores opções e as características desses alimentos, discutindo posteriormente com o grande grupo.
- **Atividade:** Degustação de laticínios
Objetivo: identificar e desmistificar o sabor dos diferentes tipos de laticínios e substitutos

Descrição: Foram selecionadas as mais diversas opções de leites, iogurtes e bebidas a base de soja para degustação, entre elas: leite integral e desnatado, iogurte natural e light, bebida láctea fermentada, extrato de soja e sucos à base de soja. Estes alimentos foram degustados de modo informal por todos os participantes aleatoriamente, buscando-se identificar os diferentes sabores e discutir sobre as preferências, analisando-se também os rótulos e discutindo-se sobre a composição de cada um dos produtos, desenvolvendo, assim, a criticidade na escolha destes produtos, perante toda essa diversidade de opções.

Em encontros pontuais durante a intervenção, foi solicitado aos participantes que relatassem sua experiência na mudança de comportamento e na adesão aos passos que já haviam sido discutidos, estimulando o debate entre os participantes sobre dificuldades e facilidades de cada um. Objetivando, assim, a troca de vivências e a união do grupo, de forma a proporcionar a adesão de todos os participantes a cada passo e buscando identificar as principais barreiras que porventura ainda existissem, transformando o conhecimento teórico em prática diária.

6.8 Oficinas de Culinária

Para realização das oficinas, foram escolhidas receitas práticas e de baixo teor energético e/ou alto valor nutricional. As oficinas foram realizadas no Laboratório de Técnica e Dietética do Curso de Nutrição, e tiveram auxílio de uma Técnica de Nutrição. Todas elas incluíram a discussão acerca de um tema referente à alimentação, os quais foram definidos durante os encontros, com base nas dúvidas e dificuldades dos participantes. Foram 4 oficinas desenvolvidas, com os seguintes temas:

1. Utilizando temperos naturais, condimentos e especiarias
2. Boas fontes de gordura e formas alternativas de preparo dos alimentos
3. Substitutos para a carne: como preparar a soja
4. Fontes alternativas de Cálcio

6.9 Análise dos Dados

A análise estatística foi realizada no *software* SPSS v.20. Foram calculadas as médias, os desvios padrões (DP) e os percentuais dos dados coletados. Foram realizados testes *t* de uma amostra e teste *t* para amostras independentes para avaliar a significância das diferenças observadas no pré-teste e no pós-teste em relação ao consumo e comportamento dos participantes, considerando-se significância para valores de $p < 0,05$.

7. RESULTADOS

7.1 Perfil da Amostra

O grupo foi composto inicialmente por uma amostra de 18 participantes da UNITI, na sua totalidade mulheres, com **idades** entre 60 e 81 anos completos. Contudo, dois participantes desistiram no decorrer do projeto, deixando de frequentar o grupo, e esses dados foram desconsiderados nas análises realizadas. Tendo sido realizada todas as análises, portanto, com dados das 16 participantes restantes. Dessas, a maior parte, 56,25% (n=9), tinham entre 60 e 70 anos; 25% (n=4) na faixa entre 70 e 80 anos; e apenas 18,75% (n=3) acima de 80 anos. As justificativas para as desistências foram de problemas de saúde ou questões pessoais que impediram a continuação também na UNITI.

As participantes em sua maioria eram viúvas (56,25%, n=9), 25% divorciadas (n=4), 12,5% casadas (n=2) e 6,25% (n=1) solteiras. Tinham em média 3 filhos (variando entre 0-7 filhos), sendo que 68,75% (n=11) possuía 2 ou 3 filhos. Em relação à **residência**, 50% das idosas residem sozinhas (n=8), e as 50% (n=8) restante dividem a casa com esposo, filhos ou netos (sendo a maioria destas com somente um familiar). A grande maioria (93,8%, n=15) possui casa própria, sendo que somente uma participante reside em moradia alugada.

As cidades de origem das participantes do grupo variaram entre Porto Alegre, cidades do interior do Rio Grande do Sul ou até mesmo outros estados do Brasil, e inclusive de fora do país. As **nascidas no interior do estado** são maioria, representando 43,75% da amostra (n=7); nascidas em Porto Alegre, 31,25% (n=5) e as demais (25%, n=4) **provenientes do** Rio de Janeiro, do Espírito Santo, de Pernambuco, do Amazonas e do Equador.

Em relação ao **nível de escolaridade**, 43,75% da amostra possuía ensino superior completo (n=7), sendo 2 dessas pós-graduadas, 50% (n=8) com ensino médio completo (n=6), 2 dessas tendo iniciado ensino superior, porém não concluíram, e apenas 6,25% não completaram o ensino médio (n=1). Quanto à disponibilidade de acesso à internet, observamos que 75% (n=12) das idosas que participaram do grupo possuem acesso à internet em suas residências, mas somente 50% (n=8) utilizam realmente.

Foi possível observar, também, uma frequência bastante elevada de participantes que já haviam recebido **orientações prévias** para uma alimentação adequada (75% da amostra, n=12), incluindo orientações de nutricionistas ou outros profissionais da saúde, sendo que apenas 25% (n=4) das participantes tiveram o grupo como primeira orientação nutricional. O tempo médio de acompanhamento foi de 9,1 meses, no entanto, a maioria das que realizaram acompanhamento, já não o fazem há bastante tempo, em média de 9 anos atrás.

Na amostra, 50% das participantes referiram possuir algum tipo de **doença cardiovascular** (n=8), 44% **hipertensão arterial sistêmica** (n=7), 44% relataram algum tipo de **doença articular** – artrose ou artrite (n=7), 31% referiram algum tipo de perda de massa óssea – **osteopenia ou osteoporose**, ou utilizam suplementação de Cálcio (n=5). Quanto ao **Diabetes Mellitus (DM)**, 25% afirmaram possuir (n=4, todos os casos DM tipo 2) e as que relataram já terem sofrido alguma forma de **litíase** em um ou mais órgãos representam 18,75% da amostra (n=3). Cabe ressaltar que não foram realizados exames diagnósticos para comprovação destas patologias, tendo sido utilizado somente os dados informados pelas participantes.

7.2 Antropometria

A Tabela 1 abaixo apresenta os valores de Peso, IMC e circunferência da cintura dos indivíduos antes e após a intervenção. Os dados são apresentados em média e desvios padrões.

Tabela 1. Médias de peso, IMC e circunferência da cintura no pré-teste e pós-teste.

	Pré-teste				Pós-teste		
	Estatura (cm)	Peso (Kg)	IMC (Kg/m ²)	CC (cm)	Peso (Kg)	IMC (Kg/m ²)	CC (cm)
Média	1,5	68,6	28,7	94,8	67,5	28,2	91,0
± DP	± 0,05	± 9,6	± 3,8	± 9,2	± 9,1	± 3,6	± 9,6

Legenda: IMC = Índice de Massa Corporal; CC = Circunferência da Cintura; DP = Desvio Padrão.

O peso médio inicial foi de 68,6 Kg \pm 9,6 kg, sendo o valor médio de IMC de 28,7 kg/m² \pm 3,8 kg/m², aonde apenas 31% (n = 5) das participantes tinham peso adequado (eutrofia) e 69% (n = 11) apresentavam excesso de peso, conforme classificação de Lipschitz (1994) para idosos. O valor médio para Circunferência da Cintura (CC) encontrado nesta população também foi acima do limite desejável de 80 cm, com 94,8 cm \pm 9,2 cm, reforçando os índices obtidos de sobrepeso e obesidade.

No decorrer da intervenção nutricional realizada, uma parte importante das idosas (56,25%, n=9), apresentou perda de peso (considerada apenas quando a redução foi maior que 0,5 Kg), apesar de não ser este o objetivo da intervenção. A média de perda de peso foi de 1,1 Kg \pm 2,1 Kg. Por outro lado, 12,5% delas apresentaram ganho de peso (n=2) e os 31,25% restantes (n=5) apresentaram pequenas variações de peso, inferiores a 1Kg (para mais ou para menos do peso inicial). Também houve redução da circunferência da cintura (CC), com redução média de 1,1 cm \pm 3,2. O peso médio das idosas após a intervenção foi de 67,5 Kg \pm 9,1 Kg. E a CC média ao final foi de 91,0 \pm 9,6 cm.

7.3 Adesão aos Dez Passos da Alimentação Saudável

O consumo alimentar foi avaliado a partir das questões relativas a cada item dos Dez Passos do instrumento “Indicadores Psicossociais do Consumo Alimentar”, conforme podemos ver na Tabela 2. Os dados são apresentados em número total de indivíduos que aderiram aquele passo no pré-teste e no pós-teste, e o percentual desses indivíduos sobre o total da amostra (N=16).

Tabela 2. Distribuição dos participantes da amostra de acordo com a adesão a cada item descrito nos Dez Passos.

Passos	Itens	N	Pré-teste		Pós-teste	
			N	%	N	%
Passo 1	Fracionamento das refeições	10	62,50%	15	93,75%	
	Beliscadas	9	56,25%	9	56,25%	
Passo 2	Cereais	1	6,25%	1	6,25%	
	% Cereais integrais	6	37,50%	8	50,00%	
Passo 3	Frutas	12	75,00%	15	93,75%	
	Verduras, legumes e hortaliças	11	68,75%	12	75,00%	
Passo 4	Leguminosas	2	12,50%	9	56,25%	
Passo 5	Laticínios	6	37,50%	11	68,75%	
	Carnes	6	37,50%	8	50,00%	
	Gordura/pele	12	75,00%	15	93,75%	
Passo 6	Óleo e oleaginosas	7	43,75%	8	50,00%	
Passo 7	Doces e guloseimas	5	31,25%	11	68,75%	
Passo 8	Sal	14	87,50%	14	87,50%	
	Alimentos ricos em sódio	6	37,50%	14	87,50%	
Passo 9	Água	4	25,00%	4	25,00%	
Passo 10	Atividade Física	2	12,50%	2	12,50%	
	Álcool	5	31,25%	6	37,50%	
	Fumo	15	93,75%	15	93,75%	

Legenda: N = número de sujeitos que relataram adesão ao item; % = percentual de sujeitos que aderiram sobre o total da amostra (n=16).

Passo 1 - Em relação ao fracionamento da dieta, observamos que, antes da intervenção, 62,5 % dos participantes (n=10) realizavam pelo menos 5 refeições por dia (3 refeições principais e 2 ou 3 lanches). E, ao final, 93,75% (n=15) alegaram ter aderido a esta recomendação. Quanto ao hábito de consumir algum alimento fora do horário dessas refeições, 56,25% (n=9) não tinham este costume antes da intervenção, percentual que persistiu após a intervenção.

Passo 2 - Em relação ao consumo de cereais a adesão mostrou-se bastante baixa, tanto antes quanto após a intervenção, apenas 6,25% (n=1) consumiu as 6 porções de cereais, raízes ou tubérculos recomendadas nos Dez Passos. No entanto, houve maior adequação quanto ao consumo de cereais integrais, avaliando-se em percentual de integrais em relação a quantidade total de cereais consumidas no dia. O percentual de 37,5% (n=6) sofreu um leve aumento, indo para 50% (n=8) ao final da intervenção.

Passo 3 - Anteriormente à intervenção, 75% (n=12) das idosas da amostra consumiam as 3 ou mais porções de frutas recomendadas, e 68,75% (n=11) consumiam as 3 porções de verduras, legumes e hortaliças, e ao final, esses percentuais subiram para 93,75% (n=14) e 75% (n=12), respectivamente.

Passo 4 - O consumo de leguminosas era bastante inferior a recomendação antes da intervenção, com média de consumo variando de 1 a 4 porções por semana e apenas 12,5% (n=2) das idosas afirmando consumir pelo menos 5 vezes na semana. Ao final, este percentual aumentou para 56,25% (n=9).

Passo 5 - Também um baixo percentual das participantes, 37,5% (n=6), conseguiam ingerir as 3 porções diárias de leite e seus derivados. Percentual que aumentou consideravelmente no pós-teste, chegando a 68,75% (n=11). Essa frequência se repetiu também para a ingestão de carnes, com 37,5% das idosas (n=6) consumindo a recomendação desse passo, de 1 porção de carne por dia, sendo que o restante consumiam tanto um número menor de porções, como as vezes também maior (mais de 1 porção de carne por dia). Ao final da intervenção, 50% das participantes afirmaram consumir a porção recomendada de carne (n=8). Ainda em relação ao consumo de carnes, antes da intervenção 37,5% (n=6) das participantes afirmaram retirar a gordura aparente das carnes e a pele para consumir, percentual que aumentou para 50% (n=8) após a intervenção.

Passo 6 - 46,75% (n=7) afirmaram consumir uma porção de gordura por dia no pré-teste, sendo que as demais consumiam tanto quantidades maiores, como muitas vezes não consumiam nenhum alimento fonte de gordura diariamente (quer seja o óleo do preparo,

margarina, manteiga ou azeite de oliva). Ao final da intervenção, observamos uma pequena melhora, com percentual atingindo 50% (n=8) da amostra.

Passo 7 – De todas as idosas, 31,25% (n=5) consumiam doces no máximo 2 vezes por semana, ou não consumiam, indicando adesão a recomendação dos Dez Passos. Este percentual que aumentou mais de duas vezes o inicial após a intervenção, chegando a 68,75% (n=11) o total de idosas que aderiram ao Passo 7.

Passo 8 - O consumo de sal adicionado no próprio prato, seja nos alimentos cozidos ou na salada, foi mínimo, sendo que 87,5% (n=14) relataram não ter este hábito no pré-teste, percentual que se repetiu no pós-teste, não tendo sido observada nenhuma mudança. Já quanto ao consumo de alimentos industrializados e ricos em sódio (entre salgadinhos, enlatados, congelados e temperos prontos), apenas 37,5% não consumiam no período anterior a intervenção, e, após, 87,5% (n=14) afirmaram não consumir este tipo de alimentos.

Passo 9 – Quanto à ingestão hídrica, observou-se um dos menores percentuais de adequação antes da intervenção, e o percentual se repetiu após a mesma, não tendo sido observada nenhuma melhoria em relação a este passo. Apenas 25% das participantes (n=4) afirmaram ingerir os 2 litros de água recomendados por dia, tanto no pré-teste como no pós-teste.

Passo 10 - Também foi baixa a frequência de atividade física, com somente 12,5% (n=2) afirmando realizar atividade física diariamente, conforme recomendação do Ministério da Saúde, tanto antes quanto após a intervenção. Ainda em relação ao 10º passo, apenas 31,25% afirmaram não ingerir nenhum tipo de bebida, já quanto ao fumo, 93,75% (n=15) não são tabagistas, sendo que, dessas, 14 nunca fumaram e 1 parou há mais de 10 anos.

7.4 Adequação aos Dez Passos da Alimentação Saudável

A adequação aos Dez Passos foi calculada a partir da pontuação estipulada para os dados de consumo do instrumento aplicado. Na tabela 3 os dados são apresentados distribuídos para cada sujeito da amostra, a pontuação anterior à intervenção e posterior (pré-teste e pós-teste), assim como o percentual da pontuação obtida para a pontuação total (82 pontos). Os dados são apresentados em médias e desvios padrões. As médias e desvios padrões obtidas no pré-teste e no pós-teste apresentaram diferença significativa através do test T de student realizado ($p < 0,05$).

Tabela 3. Adequação da pontuação obtida nos itens de consumo relativos aos Dez passos distribuída por cada sujeito da amostra.

Sujeitos	Pré-teste		Pós-teste	
	Pontuação	%*	Pontuação	%*
S1	43	52,4%	64	78,0%
S2	53	64,6%	60	73,2%
S3	57	69,5%	78	95,1%
S4	47	57,3%	67	81,7%
S5	60	73,2%	70	85,4%
S6	64	78,0%	68	82,9%
S7	64	78,0%	73	89,0%
S8	63	76,8%	67	81,7%
S9	52	63,4%	63	76,8%
S10	54	65,9%	69	84,1%
S11	63	76,8%	77	93,9%
S12	65	79,3%	64	78,0%
S13	52	63,4%	48	58,5%
S14	69	84,1%	71	86,6%
S15	72	87,8%	76	92,7%
S16	63	76,8%	73	89,0%
Média ± DP	58,8 [*] ± 8,0	72%	68,0 [*] ± 7,4	83%

*Percentual de adequação sobre pontuação máxima estipulada para o questionário (82 pontos). **Percentual de itens dos Dez Passos com adesão total, de um total de 18 itens.

^{*} Diferença significativa para teste t de student ($p < 0,05$).

Os maiores percentuais de adequação no pré-teste foram, do maior para o menor, relativos aos seguintes itens: evitar o tabagismo (93,75%, n=15), evitar o excesso de sal (87,5%, n=14), consumo de frutas (75%, n=12), consumo de verduras, legumes e hortaliças (68,75%, n=11) e fracionamento das refeições (62,5%, n=10). Já no pós-teste, os maiores percentuais foram para os itens: evitar o tabagismo, fracionamento das refeições, consumo de frutas e retirar a gordura aparente e pele das carnes (todos com 93,75% de adesão, n=15),

seguidos por evitar o excesso de sal e de alimentos ricos em sódio (87,5%, n=14), consumo de verduras, legumes e hortaliças (75%, n=12) e o consumo de laticínios e evitar o consumo de doces e guloseimas (68,75%, n=11).

Por outro lado, aqueles itens que apresentaram o menor percentual de adequação no pré-teste, do menor para o maior, foram relativos aos itens: consumo de cereais (6,25%, n=1), consumo de leguminosas e realização de atividade física (12,5%, n=2), ingestão hídrica (25%, n=4), evitar a ingestão de bebidas alcoólicas e evitar o consumo de doces e guloseimas (31,25%, n=5), consumo de cereais integrais, laticínios, carnes e alimentos ricos em sódio (37,5%, n=6). No pós-teste, os menores percentuais foram, respectivamente, o consumo de cereais (6,25%, n=1), realização de atividade física (12,5%, n=2), ingestão hídrica (25%, n=4) e evitar o consumo de álcool (37,5%, n=6).

7.5 Percepções de benefícios e prejuízos dos comportamentos

Em relação aos benefícios percebidos, conforme conceito citado na descrição das variáveis mediadoras, buscou-se identificar os benefícios que os participantes realmente percebiam ou sentiam ao realizar aquele comportamento, conforme é possível visualizar nas Tabelas 4 e 5.

Os benefícios que foram confirmados pela maior parte dos participantes no pré-teste foram: consumo de frutas e consumo de verduras, legumes e hortaliças, para os quais 100% dos participantes afirmaram perceber este benefício (n=16), consumo de pouca quantidade de carne e realização de atividades físicas, ambos relatados por 87,5% dos sujeitos (n=14). Já quanto aos prejuízos percebidos no pré-teste, os principais foram: não consumir alimentos integrais (81,25% dos indivíduos, n=13), não consumo de frutas, verduras, legumes e hortaliças (87,5%, n=14) e consumo de carne em excesso (81,25%, n=13), conforme podemos ver na tabela 4.

Tabela 4: Percepção de benefícios relatada pelos participantes do grupo sobre os seus comportamentos em relação à sua própria saúde.

Benefícios Percebidos	Pré-teste		Pós-teste	
	N	%	N	%
Realizar 5 refeições	8	50,00%	16	100,00%
Consumir alimentos integrais	12	75,00%	15	93,75%
Consumir frutas, verduras, legumes e hortaliças	16	100,00%	14	87,50%
Consumir feijão com arroz	11	68,75%	12	75,00%
Consumir leite e derivados	12	75,00%	13	81,25%
Consumir carne	8	50,00%	7	43,75%
Consumir pouca carne	14	87,50%	10	62,50%
Não consumir alimentos gordurosos	12	75,00%	11	68,75%
Consumir pouca quantidade de doces e guloseimas	11	68,75%	12	75,00%
Consumir pouco sal	11	68,75%	14	87,50%
Ingerir bastante água	12	75,00%	15	93,75%
Realizar atividades físicas	14	87,50%	3	18,75%
Evitar tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas	12	75,00%	15	93,75%

Legenda: N = número de sujeitos que afirmam perceber o benefício ou prejuízo; % = percentual deste número de sujeitos sobre o total da amostra (n=16).

No pós-teste, o percentual de benefícios percebidos quanto ao consumo de frutas, verduras, legumes e hortaliças se manteve elevado (87,5%, n=14), apesar da redução quando comparado com o pré-teste (100%, n=16), a percepção de benefícios para realização de atividades físicas manteve-se a mesma (87,5%, n=14) e observou-se um aumento no percentual da amostra que relatou a percepção de benefícios para outros itens após a intervenção, especialmente o item correspondente à recomendação de realizar 5 refeições ao

dia (cuja percepção de benefício em realizar tal comportamento aumentou de 50%, n=8, para 100%, n=16), e, em menor proporção, os itens relativos a consumir alimentos integrais (de 75%, n=12, para 93,75%, n=15), consumir pouco sal (de 68,75%, n=11, para 87,5%, n=14), ingerir bastante água (de 68,75%, n=11, para 93,75%, n=15) e evitar o tabagismo ou consumo de álcool (de 81,25%, n=13, para 93,75%, n=15).

Já na tabela 5, podemos observar o percentual de prejuízos percebidos para os comportamentos realizados pelos indivíduos, que foram também relatados sobre cada um dos itens dos Dez Passos, conforme podemos ver na tabela abaixo.

Tabela 5: Percepção de prejuízos relatada pelos participantes do grupo sobre os seus comportamentos em relação à sua própria saúde.

Prejuízos Percebidos	Pré-teste		Pós-teste	
	N	%	N	%
Ficar muito tempo sem se alimentar	12	75,00%	11	68,75%
Não consumir alimentos integrais	13	81,25%	9	56,25%
Não consumir frutas, verduras, legumes e hortaliças	14	87,50%	6	37,50%
Não consumir feijão com arroz	7	43,75%	3	18,75%
Não consumir leite e derivados	7	43,75%	13	81,25%
Não consumir carne	5	31,25%	11	68,75%
Consumir carne em excesso	13	81,25%	10	62,50%
Consumir alimentos gordurosos	10	62,50%	12	75,00%
Prejudicando muita	15	93,75%	15	93,75%
Consumir sal em excesso	12	75,00%	14	87,50%
Ingerir pouca água	13	81,25%	8	50,00%
Não realizar atividades físicas	14	87,50%	0	0,00%
Praticar tabagismo ou consumir bebidas alcoólicas	12	75,00%	0	0,00%

Legenda: N=número de sujeitos que afirmam perceber o benefício ou prejuízo; %=percentual deste número de sujeitos sobre o total da amostra (n=16).

Inversamente à percepção de benefícios, para os prejuízos percebidos observou-se uma redução em diversos percentuais: a baixa ingestão hídrica (de 81,25%, n=13, para 50%, n=8), a não realização de atividades físicas (de 87,5%, n=14, para 0%, n=0), a prática de tabagismo ou alcoolismo (de 75%, n=12, para 0%, n=0), o não consumo de frutas, verduras, legumes e hortaliças (de 87,5%, n=14, para 37,5%, n=6). E, em menor proporção, reduziram também as percepções de prejuízo para a saúde de não consumir alimentos integrais (de 81,25%, n=13, para 56,25%, n=9), o consumo excessivo de carne (81,25%, n=13, para 62,5%, n=10). Também a percepção do prejuízo de não consumir arroz e feijão reduziu (de 43,75%, n=7, para 18,75%, n=3). Já a percepção do prejuízo de não consumir carne aumentou (de 31,25%, n=5, para 68,75%, n=11).

7.6 Suporte Social e Normas percebidas

Analizamos, também, a percepção dos indivíduos em relação à opinião da família sobre melhorias necessárias na sua alimentação para que tenham mais saúde, e observamos uma diferença nessa percepção para aquelas idosas que moram sozinhas e para aquelas que moram com algum familiar. Para as idosas que moram com familiares, 62,5% percebem a preocupação destes com sua saúde, e 50% sentem de fato o encorajamento da família para consumir alimentos saudáveis. Já para as que moram sozinhas, 50% acreditam que a família se preocupa com a sua alimentação, e apenas 37,5% percebem esse encorajamento.

7.7 Barreiras do Consumo Alimentar

No pré-teste, o total de barreiras encontradas para todos os itens dos Dez Passos foram 215, somando-se os motivos para o não consumo registrados por todos os participantes do grupo. Essa soma foi realizada através do nº de respostas marcadas como “concordo totalmente” ou “concordo parcialmente” para todos os motivos listados no instrumento aplicado. No pré-teste, foram marcados somente 121 motivos para o não consumo, tendo havido uma redução de 56% das barreiras iniciais.

Para maior detalhamento, foram enumeradas as barreiras encontradas para cada passo e seus segmentos, o que pode ser visualizado na Tabela 6.

Tabela 6. Número de barreiras encontradas como motivos para não realização das recomendações, distribuído para cada item dos Dez Passos.

Passos	Itens	Pré-teste	Pós-teste
Passo 1	Fracionamento das refeições	9	3
Passo 2	Alimentos integrais	23	23
Passo 3	Frutas e verduras	13	4
Passo 4	Leguminosas	15	8
Passo 5	Laticínios	14	8
	Carnes	10	1
Passo 6	Óleo e oleaginosas	17	8
Passo 7	Doces e guloseimas	31	4
Passo 8	Sal e alimentos ricos em sódio	18	12
Passo 9	Água	25	21
Passo 10	Atividade Física	35	24
	Álcool e Fumo	4	3

Pode-se observar, no pós-teste, uma redução nas barreiras encontradas inicialmente para quase a totalidade dos passos, exceto o consumo de alimentos integrais, cujas barreiras se mantiveram. Destaca-se o consumo de doces, para o qual foi observada a redução de 27 barreiras. Entre essas barreiras, a mais citada entre as participantes foi a questão de esquecer-se de comprar ou preparar lanches mais saudáveis, e acabar consumindo guloseimas, como biscoitos, bolos, etc.

As principais barreiras observadas no pré-teste, considerando todos os passos, foram: questão de hábito, por gostar ou não do sabor dos alimentos e por não ter nenhuma restrição de saúde para consumir ou deixar de consumir tais alimentos. Apesar de ter reduzido a prevalência entre os participantes do grupo, as mesmas barreiras se repetiram no pós-teste.

8. DISCUSSÃO

O modelo de intervenção utilizado neste trabalho mostrou resultados positivos tanto na adequação aos Dez Passos da Alimentação Saudável, quanto na redução das barreiras que impediam a mudança de comportamento e na perda de peso.

O cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) da população mostrou um elevado percentual de excesso de peso na amostra, mesmo através da classificação específica para esta faixa etária, que considera sobrepeso somente acima de 27 Kg/m². Também a circunferência da cintura elevada mostra uma elevada prevalência do acúmulo de gordura abdominal nos indivíduos pertencentes a essa amostra, que pode ser tanto de gordura subcutânea quanto visceral, correspondendo, esta última, a um risco elevado para desenvolvimento de doenças cardiovasculares (MORIGUTI et al., 2012).

O IMC mostra-se um bom indicador do estado nutricional de idosos, desde que sejam utilizados os pontos de corte específicos para esta população, mas há maior confiabilidade se esse dado for associado à distribuição da gordura corporal, mensurada, por exemplo, pela medida da circunferência da cintura (CERVI, 2005).

Apesar de a perda de peso não ser o objetivo central da intervenção realizada, a qual visava à mudança de comportamento para adequação às recomendações do Ministério da Saúde. A manutenção do peso saudável está inclusa em um dos passos, e, também a adequação do peso é um importante fator na busca por melhorias na saúde e na qualidade de vida desta população. Pode-se observar, portanto, resultados importantes neste indicador, com 56,75% da amostra apresentando perdas de peso, que chegaram a 6,85 kg em uma participante, correspondendo a 8,3% do peso inicial. Outras 4 participantes, contudo, tiveram aumento de peso, duas delas tendo aumentado menos de 0,5 Kg, e as outras duas que tiveram um aumento maior, de até 2,3 Kg, mas que, mesmo com esse aumento, continuaram dentro da faixa de peso normal para sua estatura.

Em relação à circunferência da cintura, observou-se uma redução importante na circunferência da cintura. Cabe observar, porém, que pode ter havido uma diferença devido à mudança de aferidor da medida inicial e final.

Sabe-se que com o envelhecimento, ocorre a redistribuição da gordura corporal para o compartimento abdominal central, aumentando a adiposidade e a circunferência da cintura.

Também ocorre uma redução na massa magra, pela perda da massa muscular esquelética e alterações em órgãos e tecidos.

Cabe ressaltar que fatores dietéticos têm papel importante no controle das doenças cardiovasculares, especialmente se pensarmos nos fatores de risco já bem estabelecidos como a dislipidemia e a hipertensão arterial, que podem ser controladas através de intervenções dietéticas simples (MORIGUTI et al., 2012), como redução do consumo de sal e alimentos ricos em sódio e equilíbrio da ingestão de macronutrientes, especialmente carboidratos e lipídios.

Apesar dos resultados positivos alcançados, o grupo pertencente à amostra foi bastante heterogêneo em diversos sentidos: em relação à idade, que variou entre 60 e 81 anos completos, à escolaridade (de médio incompleto à pós-graduação), à profissão (entre profissionais aposentadas e do lar), ao estado civil (entre solteiras, divorciadas, viúvas ou casadas), à presença da família (das que moravam sozinha, com pouca presença de familiares às que moravam com 2 ou mais membros da família, ou tinham presença mais frequente desses em casa), à presença de doenças crônicas, ao conhecimento em relação a alimentação saudável e cuidados com a saúde e até mesmo à fatores culturais, visto que algumas vieram de cidades do interior e também de outras regiões do país. Toda essa heterogeneidade trouxe dificuldades no manejo das discussões pelo moderador, na linguagem entre as próprias participantes e na contribuição de cada participante ao grupo, visto que algumas se mostravam mais retraídas e o conhecimento.

Observa-se, contudo, que esta é uma amostra diferenciada em relação à população idosa como um todo. Apesar de toda essa heterogeneidade entre si, por serem todos participantes da UNITI, representam um seletivo grupo que permanece ativo após a aposentadoria, que superam a síndrome do ninho vazio, tanto pelos filhos que já saíram do lar, como muitas vezes pelo falecimento do companheiro (SARTORI, 2009), e seguem buscando novos conhecimentos e novas formas de agregar valor à sociedade.

Também, apesar da variação entre os diversos níveis de escolaridade, o nível geral do grupo foi significativamente elevado em relação ao nível educacional de idosos no Brasil, o qual é muito baixo. Segundo dados da Bibliografia, cerca de 50% da população idosa do país possuem apenas o primeiro grau, 26% possuem o ensino médio completo e somente 12% da população idosa no Brasil conseguiram concluir o ensino superior (COBAP, 2011). Na amostra avaliada, apenas 6% não completaram o ensino médio, e 44% possuem ensino superior, realidade contrastante com a média da população brasileira.

Em relação aos passos os quais tiveram maior diferença na adesão inicial e final foram, respectivamente, evitar alimentos ricos em sódio (de 37,5%, n=6 para 87,5%, n=14), consumo de leguminosas (de 12,5%, n=2, para 56,25%, n=9), evitar o consumo de doces e guloseimas (de 31,25%, n=5, para 68,75%, n=11) e para o fracionamento de refeições e consumo de laticínios, (de 62,5%, n=10, para 93,75%, n=15 e de 37,5%, n=6, para 68,75%, n=11, respectivamente).

Não foram observadas diferenças na adesão do pré-teste para o pós-teste para os itens relativos ao consumo de alimentos fora do horário das refeições (popularmente conhecido como beliscadas), consumo de cereais, evitar o consumo de sódio, ingestão hídrica, realização de atividades físicas e evitar o tabagismo. Esses itens obtiveram o mesmo percentual de adesão pelos sujeitos ao início e ao final da intervenção.

O consumo de cereais, tubérculos e raízes (inclusos no Passo 2, relacionado ao grupo dos carboidratos) em relação à recomendação proposta no guia ao consumo de 6 porções diárias foi menor ao final da intervenção. Analisando-se os resultados obtidos através da aplicação do instrumento, é possível observar que o percentual de adesão à orientação diminuiu, no entanto a média de consumo seguiu em torno de 4 porções diárias desses alimentos, sendo que algumas que consumiam mais de 4 porções reduziram o consumo, e outras que consumiam menos de 4 porções, aumentaram o consumo. Essa resistência em aumentar o consumo pode ser justificada pela discussão que se seguiu no grupo sobre essa recomendação, aonde os participantes alegaram que o consumo de 6 porções diárias seria um consumo excessivo para a faixa etária em questão, e definiram o consumo adequado como, no mínimo 4 porções diárias de alimentos desse grupo (no café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar, por exemplo).

Quanto ao consumo de óleo, observou-se que a adequação à recomendação também reduziu após a intervenção, no entanto essa redução foi pequena. O que se observou foi um leve aumento no consumo de óleos insaturados, especialmente o azeite de oliva. No entanto, não houve uma redução equivalente no consumo do óleo adicionado ao preparo dos alimentos, e por tal motivo, houve este pequeno aumento no consumo, reduzindo a adequação em quantidade, mas não em qualidade.

Citando as recomendações relativas ao consumo de cereais integrais, à ingestão hídrica e à realização de atividade física, observa-se que, apesar de ter havido pequenas melhorias, variando entre 8 e 13%, na adequação dos participantes ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde, atingimos uma adequação completa inferior a 75% da população.

Anteriormente à intervenção, somando as barreiras de todos os indivíduos, foram identificadas 214 barreiras entre os diferentes passos, e ao final desta, restaram 119. Observa-se, contudo, que os itens relativos ao consumo de cereais integrais, ingestão hídrica e realização de atividades físicas, para os quais a melhoria foi menos visível, foram aqueles onde houve maior manutenção das barreiras encontradas anteriormente à intervenção. Ou seja, a intervenção provavelmente não foi suficiente para superar estas barreiras. Entre as barreiras encontradas para não adequação a esses passos, podemos citar: as preferências da família e o esquecimento para o baixo consumo de cereais integrais; o esquecimento para a baixa ingestão hídrica; e a falta de disposição, de recomendação médica ou algum problema de saúde para não realização de atividade física.

Em relação ao esquecimento, convém ressaltar os prejuízos a memória que se desenvolvem nesta fase da vida, conforme citado por Pinto (1999). A autora descreve que, mesmo em idosos saudáveis e que exerçam atividades que estimulem os processos de memórias, a redução em comparação com a população mais jovem é bastante frequente nessa população.

Apesar da falta de hábito ter sido um dos maiores motivos relatados pelos participantes para a não adesão a determinadas recomendações dos Dez Passos, a psicologia traz o hábito como uma consequência do comportamento repetido, e não um fator causal. Observa-se, portanto, que os indivíduos demonstram uma dificuldade em reconhecer sua própria responsabilidade e identificar os reais motivos para não modificarem seu comportamento, justificando-o pelo próprio comportamento, que, ao ser repetido constantemente, tornou-se um hábito (NEAL, 2006).

Além das melhorias observadas através das análises realizadas, pode-se observar, também, através dos relatos dos participantes, que a intervenção serviu para que tomassem maior consciência a respeito do tipo de alimentação que estavam levando. Alegam também, que o preenchimento dos Diários Alimentares realizados durante a maioria das semanas, auxiliou nesse processo – tanto de conscientização, quanto da própria mudança.

Em relação aos benefícios e prejuízos percebidos, convém ressaltar que o benefício percebido só era considerado para aqueles que realizavam tal comportamento, caso contrário, não poderiam afirmar se sentiam este benefício. Assim como para o prejuízo, só se questionava a respeito da percepção do mesmo quando os sujeitos realizavam tal prática negativa na alimentação. Como se pode perceber uma melhora na adequação do consumo alimentar à recomendação proposta pelos Dez Passos, também houve uma redução nos

prejuízos percebidos, visto que muitos deixaram de realizar algumas práticas negativas, como ficar muito tempo sem se alimentar, não consumir alimentos integrais, não consumir frutas, verduras, legumes e hortaliças, não consumir feijão com arroz, ingerir pouca água e, o maior percentual, para não realização de atividades físicas.

No entanto, para alguns passos, como o não consumo de carnes e de leite e derivados, a percepção de prejuízo aumentou – o que pode ser um indicativo de que, apesar de não terem modificado o consumo, passaram a perceber, após a intervenção, o risco à saúde relacionado ao mesmo.

Com relação à presença de doenças crônicas e sedentarismo, estudo que avaliou 117 idosos entre 60 e 89 anos, mostrou que 56,4 % reportaram não praticar atividade física. Da amostra, 82,1 % afirmaram possuir alguma doença crônica não-transmissível, sendo mais freqüentes a hipertensão arterial (56,4 %), as dislipidemias (33,3 %) e o diabetes mellitus (20,5 %). Segundo a classificação do IMC, 46,2 % apresentavam sobrepeso e 40,2 % obesidade, indo de encontro aos dados obtidos no presente estudo. (CAVALCANTI, 2009)

Estudos que visam mudanças no estilo de vida caracterizam-se por baixa adesão dos participantes, sendo que 75% dos mesmos não seguem orientações como restrições alimentares, abandono do fumo e outros. (DiMATTEO, 1994.). Um dos maiores erros das intervenções é partir do princípio que os indivíduos estão prontos para a ação (mudança de comportamento), o que na maioria das vezes é uma suposição errada.

Hábitos alimentares e as escolhas dos alimentos envolvem aspectos culturais, antropológicos, socioeconômicos e psicológicos, os quais estão diretamente relacionados ao ambiente em torno dos indivíduos. O preço, bem como o valor de prestígio, as influências sociais, culturais, religiosas e derivadas de cada região, as habilidades no preparo de alimentos, a disponibilidade de tempo, a conveniência, e também as preferências e intolerâncias pessoais interferem nas escolhas dos alimentos. Além do envolvimento de fatores afetivos, as crenças e os valores de cada um (HOLLI & CALABRESE citado por ASSIS, 1999).

O conhecimento sobre o que comer é um primeiro degrau na influência do comportamento alimentar saudável. O conhecimento não instiga a mudança, mas funciona como um instrumento quando as pessoas desejam mudar (CHAPMAN et al, 1995).

Um programa de intervenção nutricional pode ser bem sucedido, se estiver embutido numa perspectiva ecológica de promoção a saúde, enfocando-se os fatores ambientais,

organizacionais e pessoais que influenciam a mudança do comportamento alimentar. Para desenvolver um cuidado apropriado para tratamento ou prevenção de doenças crônicas, faz-se necessário o estabelecimento de metas a longo prazo, enquanto comer uma torta de chocolate ou qualquer outra guloseima, satisfaz uma meta de prazer a curto prazo (ASSIS & NAHAS, 1999).

A bibliografia relacionada a intervenções educativas de alimentação com longa duração e que envolvam o sujeito participante de forma mais ativa são escassas. A maior parte dos estudos publicados trata de orientações mais convencionais, de forma pontual ou mais breve, normalmente envolvendo materiais didáticos e recomendações dietéticas pré-estabelecidas, que não deixam margem para construção do conhecimento junto aos participantes. Estudos mostram que este tipo de intervenção deve atender às necessidades e expectativas da população que procura estes projetos, de forma a motivá-las para a participação cada vez mais efetiva no processo de auto cuidado. Servindo como importante estratégia para preparar a sociedade para uma realidade cada vez mais emergente: o aumento da população idosa no mundo, em especial nos países subdesenvolvidos (CERVATO, 2005).

As metodologias e delineamentos utilizados em programas de promoção da saúde do idoso são bem diversificados, não existindo um padrão ouro como base metodológica. Os estudos quase-experimentais são mais utilizados no exterior, enquanto no Brasil predominam os relatos de experiência. Desde 2002 já vem sendo discutida a necessidade de envolver nas propostas de promoção da saúde os fatores culturais e políticos, e da reflexão sobre a responsabilidade social na saúde coletiva, e também a importância dos processos avaliativos dessas ações educativas, que no Brasil se mostravam limitados, e que ainda hoje não se observa progresso nas publicações desse gênero (ASSIS, 2002).

Experiência em extensão universitária em João Pessoa – Paraíba, realizada com idosos da Estratégia de Saúde da Família, na qual participam os estudantes de graduação em Nutrição da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), reportou resultados positivos nas atividades desenvolvidas nessa população. Utilizaram a metodologia da Educação Popular, procurando envolver os indivíduos de modo crítico e participativo. Trouxeram benefícios na inclusão do tema alimentação nesse grupo, respeitando aspectos culturais, econômicos e sociais do alimento para essa população, utilizando a pedagogia freireana (FIRMINO, 2010). Também outros trabalhos utilizam a metodologia proposta por Paulo Freire na busca pela construção compartilhada do conhecimento, trazendo resultados positivos de projetos de

extensão e ações educativas, mas sem avaliação consistente desses resultados (ACIOLI, 2008).

Contudo, das raras publicações envolvendo atividades educativas em grupo, a maioria esta relacionada a atividades de curta duração, sem detalhamento da metodologia utilizada e sem avaliações consistentes dos resultados encontrados. Além disso, grande parte dos trabalhos realizados com a população idosa está focada em terapia para alguma doença crônica, como diabetes, hipertensão, osteoporose e visa somente o relato de experiência pelos envolvidos (tanto alunos e profissionais da saúde como os indivíduos que participam), não visando à avaliação da mudança de comportamento em si.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das dificuldades metodológicas que são comuns a este tipo de estudo, principalmente pela falta de publicação de trabalhos que descrevam métodos tanto já utilizados e realizem avaliações dos resultados obtidos, os resultados foram bastante positivos. Portanto, a metodologia utilizada mostrou-se adequada a essa população, visto que conduziu as modificações de comportamento e das variáveis mediadoras para o mesmo, conforme esperado.

Observou-se uma tendência às modificações nas práticas alimentares, à maior conscientização acerca da necessidade de se levar uma alimentação saudável (especialmente na faixa etária idosa), observada e também relatada pelos participantes do grupo, à redução de inúmeras barreiras que dificultassem possíveis melhorias na alimentação e, inclusive, à mudança na composição corporal em decorrência da intervenção educativa.

Fazem-se necessários maiores estudos, no entanto, que utilizem a mesma metodologia, porém em amostras mais representativas da população, a fim de avaliar sua replicabilidade em diferentes populações.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUSABHA, R. PEACOCK, J. ACHTERBERG, C. How to make nutrition education more meaningful through facilitated group discussions. **Perspectives in Practice**, v. 99, n. 1, 1999.

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 1, p. 117-21, 2008.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface. Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ASSIS, M. A. A.; NAHAS, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. Campinas: **Rev. Nutr.**, v. 12, n. 1, p. 33-41, 1999.

ASSIS, M.; HARZ, Z. M. A.; VALLA, V. V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 557-581, 2004.

BANDURA, A. (Ed.). Social cognitive theory: an agentic perspective. Palo Alto: **Annual Review**, v. 52, p. 1-26, 2001.

BANDURA, A. The evolution of social cognitive theory. In: Smith, K.G.; Hitt, M.A. Great minds in management. **Oxford University Press**, p. 9-35, 2005.

BOOG, M. C. F. Educação nutricional: passado, presente, futuro. **R. Nutr. PUCCAMP**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 5-19, 1997.

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

BRASIL. **Lei n. 8.234**, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de nutricionista e dá outras providências. Diário Oficial da União. 18 de setembro de 1991. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/conteudo.aspx?IDMenu=56>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. **Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 1999. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf>. Acessado em 26 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acessado em 26 de junho de 2011.

CAVALCANTI, C. L. et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Rev. salud pública**, v. 11, n. 6, p. 865-877, 2009.

CERVATO, A. M. et al. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. Campinas: **Rev. Nutr.**, v. 18, n. 1, 2005.

CERVI, A.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 18, n. 6, p. 765-775, 2005.

CHAPMAN, K. et al. Appeyng behavioral models to dietary education of eldery diabetic patients. Berkeley: **Journal of Nutrition Education**, v.27, n.2, p.75-79, 1995.

COBAP. **Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas.** 2011. Disponível em <<http://www.cobap.org.br/capa/lenoticia.asp?ID=56306>>. Acesso em: 24 de setembro de 2012.

CONTENTO, I. R. Issues in Nutrition Education: An Introduction. In: CONTENTO, I. R. **Nutrition Education: Linking Research, Theory, and Practice.** Jones & Bartlett Learning, 2007, p. 3-25.

DIAS, C. A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. João Pessoa: **Informação & Sociedade: Estudos**, v. 10, n. 2, p. 141-158, 2000.

DiMATTEO, M.R. Enhancing patient adherence to medical recommendations. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 271, n.1, p.79-83, 1994.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. Brasília: **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 1, p. 117-21, 2010.

FIRMINO, R. et al. Educação popular e promoção da saúde do idoso: reflexões a partir de uma experiência de Extensão universitária com grupos de idosos em João Pessoa - PB. **Rev. APS**, v. 13, n. 4, p. 523-530, 2010.

FLÓRIDE, M. A. Revisão de literatura: teoria social cognitiva e crenças de auto-eficácia In: **XI Congresso de Educação do Norte Pioneiro Jacarezinho**. Anais. Universidade Estadual do Norte do Paraná – Centro de Ciências Humanas e da Educação e Centro de Letras, Comunicação e Artes. Jacarezinho, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. Disponível em:<http://portal.mda.gov.br/portal/saf/arquivos/view/ater/livros/Pedagogia_do_Oprimido.pdf>. Acesso em: 19 de outubro de 2012

FREITAS, M. F. R. L.; DIAS, J. P. Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. **Ciências & Cognição**, v. 15, n. 3, p. 204-205, 2010.

GIELEN, A.C. McDONALD, E.M. GARY, TL. BONE, LR. Using the PRECEDE/PROCEED Model to Apply Health Behavior Theories. In K. Glanz, F.M. B. K. Rimer, & K. Viswanath, (Eds.). **Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice**. 4ª ed., p. 407-433. São Francisco: Jossey-Bass, 2008.

GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELO, R.; SILVA, A. B. **Pesquisa Qualitativa nas Organizações - Paradigmas Estratégias e Métodos**. São Paulo: Saraiva, 2006.

HOLLI, B. B.; CALABRESE, R. J. **Communication and education skills: the dietitian guide**. 2ª ed. Pennsylvania: Lea & Febiger, 1991, p.1-18.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): **Sinopse dos Resultados do Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=0&cod2=&cod3=0&frm=piramide>>. Acesso em 25 de junho de 2011.

ISRAEL, R. C. TIGHE, J. P. N. **Nutrition education: the state of the art review and analysis of the literature**. Nutrition education series - Issue 7. Paris, 1984. ONLINE.

Disponível em: < <http://unesdoc.unesco.org/images/0006/000602/060201eo.pdf>>. Acesso em 22/10/2012.

KREUGER, R. A.; CASEY, Mary Anne. Focus Group: a practical guide for applied research. 3ª ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000. 320p.

LIMA-COSTA M. F. F et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 745-757, 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde Pública e Envelhecimento. Editorial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, 2003.

LINDGREN, R.; HENFRIDSSON, O.; SCHULTZE, U. Design Principles for Competence Management Systems: a Synthesis of an Action Research Study. **MIS Quarterly**, v.28, n.3, September 2004.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, v. 21, n.1, p.55-67, 1994.

LOPES, C. E.; ABIB, J. A. D. Teoria da Percepção no Behaviorismo Radical. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 18, n. 2, p. 129-137, 2012.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. *Cogitare Enferm*, v. 14, n. 4, p. 773-6, 2009.

MARCHI, R. J. **Perda Dentária, Uso de Próteses e sua Associação com o Estado Nutricional em Idosos Independentes de Carlos Barbosa, RS**. Dissertação de Mestrado em Odontologia. Porto Alegre, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Alimentação saudável para a pessoa idosa: Um manual para profissionais de saúde**. 2009. [ONLINE]. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/publicacoes.php>>. Acesso em: 25.03.2011.

MORIGUTI, J. C. et al. **NUTRIÇÃO NO IDOSO**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/cg/novo/images/pdf/conteudo_disciplinas/nutricaooidoso.pdf>. Acesso em: 04 de novembro de 2012.

MORIN, A. Pesquisa-ação integral e sistêmica: uma antropedagogia renovada. Rio de Janeiro: **DP&A**, 2004.

NEAL, D. T.; WOOD, W.; QUINN, F. M. Habits – A Repeat Performance. **Current Directions in Psychological Science**, v. 15, n. 4, 2006.

OLIVEIRA, D. L. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005, v. 13, n. 23, p. 423-431, 2005.

PINTO, A. C. Problemas de memória nos idosos: Uma revisão. **Psicologia, Educação e Cultura**, v. 3, n. 2, p. 253-295, 1999.

REYNOLDS, K. D.; YAROCH, A. L.; FRANKLING, F. A.; MALOY, J. Testing mediating variables in a school-based nutrition intervention program. **Health Psychology**, v. 21, n. 51, p. 60, 2002.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: G. Koogan, 2006. Cap. 18, p. 186.

SARTORI, A. C. R.; ZILBERMAN, M. L. Revisitando o conceito de síndrome do ninho vazio. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 36, n. 3, p. 112-21, 2009.

SOUZA, E. R. Políticas jovens para uma população idosa: desafios para o Setor Saúde. Editorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.6, p. 2656-2657, 2010.

STELLA, F. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. **Motriz**, Rio Claro, v. 8, n.3, p. 91-98, 2002.

TAYLOR, D. et al. **A Review of the use of the Health Belief Model (HBM), the Theory of Reasoned Action (TRA), the Theory of Planned Behaviour (TPB) and the Trans-Theoretical Model (TTM) to study and predict health related behaviour change**. National Institute for Health and Clinical Excellence. Department of Health, 2007.

TODOROV, J. C. MOREIRA, M. B. O Conceito de Motivação na Psicologia. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 7, n. 1, p. 119-132, 2005.

TORRES, G. V.; REIS, L. A.; FERNANDES, M. H.; MASCARENHAS, C. H. M. Avaliação da Qualidade de Vida de Idosos Dependentes Residentes em Domicílio. **Cienc Cuid Saude**; v. 8, n.3, pp. 352-358, 2009.

TOWNSEND, M. S.; KAISER, L. L. Development of a tool to assess psychosocial indicators of fruit and vegetables intake for two federal programs. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 37, p. 170-184, 2005.

VALENTE, F. L. S. **Fome e desnutrição: determinantes sociais**. Em busca de uma educação nutricional crítica. São Paulo: Cortez, p.66-94, 1986.

VASCONCELOS, F. A. G. Tendências históricas dos estudos dietéticos no Brasil. **Hist. cienc. Saúde**, v.14, n.1, 2007.

WANSINK, B. Changing Eating Habits on the Home Front: Lost Lessons from World War II Research. **Journal of Public Policy & Marketing**, v. 21, n. 1, p. 90-99, 2002.

World Health Organization (WHO). **The Ottawa Charter for Health Promotion**. 1986. Online. [ONLINE]. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Acesso em 06/09/2012.

YOSHIDA, E. M. P. Escala de estágios de mudança: uso clínico e em pesquisa. **Psico-USF**, v.7, n.1, p. 59-66, 2002.

ZEPEDA, L. DEAL, D. Think before you eat: photographic food diaries as intervention tools to chance dietary decision making and attitudes. **International Journal of Consumer Studies**, v. 32, 2008.

ANEXOS

ANEXO 1 – Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas idosas, orientações práticas sobre alimentação saudável

1º passo: faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições!

2º passo: inclua diariamente seis porções do grupo dos cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos como a batata, raízes como mandioca/ macaxeira/ aipim, nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.

3º passo: coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.

4º passo: coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.

5º passo: consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis!

6º passo: consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina.

7º passo: evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação. Coma-os, no máximo, duas vezes por semana.

8º passo: diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa.

9º passo: beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.

10º passo: torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

ANEXO 2 – Porções recomendadas para os grupos no guia alimentar

7.1 Porções de alimentos e medidas caseiras correspondentes

Cada um dos grupos de alimentos trabalhados nos “Dez Passos para uma Alimentação Saudável para Pessoas Idosas” tem recomendações quantificadas, ou seja, um determinado número de porções a serem consumidas por dia. As tabelas que seguem apresentam, para cada grupo, o valor calórico médio de uma porção, exemplos de alimentos e o tamanho de cada porção em medidas caseiras.

Arroz, Pães, Massas, Batata e Mandioca – 1 porção = 150 kcal

Alimentos	1 porção equivale a:
arroz branco cozido	4 colheres de sopa
batata cozida	1 e 1/2 unidade
biscoito tipo <i>cream cracker</i>	5 unidades
bolo de milho	1 fatia
cereal matinal	1 xícara de chá
farinha de mandioca	2 colheres de sopa
macarrão cozido	3 e 1/2 colheres de sopa
milho verde em espiga	1 espiga grande
pão de fôrma tradicional	2 fatias
pão francês	1 unidade
purê de batata	3 colheres de sopa
torrada salgada	4 unidades

Verduras e Legumes – 1 porção = 15 kcal

Alimentos	1 porção equivale a:
abóbora cozida	1 e 1/2 colher de sopa
alface	15 folhas
beterraba crua ralada	2 colheres de sopa
brócolis cozido	4 e 1/2 colheres de sopa
cenoura crua (picada)	1 colher de servir
pepino picado	4 colheres de sopa
rúcula	15 folhas
tomate comum	4 fatias

Frutas – 1 porção = 70 kcal

Alimentos	1 porção equivale a:
abacaxi	1 fatia
ameixa-preta seca	3 unidades
banana-prata	1 unidade
caqui	1 unidade
goiaba	1/2 unidade
laranja-pêra	1 unidade
maçã	1 unidade
mamão-papaia	1/2 unidade
melancia	2 fatias
salada de frutas (banana, maçã, laranja, mamão)	1/2 xícara de chá
suco de laranja (puro)	1/2 copo requeijão
tangerina/mexerica	1 unidade
uva comum	22 uvas

Feijões – 1 porção = 55 kcal

Alimentos	1 porção equivale a:
ervilha seca cozida	2 e 1/2 colheres de sopa
feijão cozido (50% de caldo)	1 concha
lentilha cozida	2 colheres de sopa
soja cozida	1 colher de servir

Carnes, Peixes e Ovos – 1 porção = 190 kcal

Alimentos	1 porção equivale a:
bife grelhado	1 unidade
carne assada	1 fatia pequena
frango filé grelhado	1 unidade
omelete simples	1 unidade
peixe espada cozido	1 porção

Leites, Queijos, Iogurtes – 1 porção = 120 kcal

Alimentos	1 porção equivale a:
iogurte desnatado de frutas	1 pote
iogurte integral natural	1 copo de requeijão
leite tipo C	1 copo de requeijão
queijo tipo Minas Frescal	1 fatia grande
queijo tipo <i>mozzarella</i>	3 fatias

Óleos e Gorduras – 1 porção = 73 kcal

Alimentos	1 porção equivale a:
azeite de oliva	1 colher de sopa
manteiga	1/2 colher de sopa
margarina vegetal	1/2 colher de sopa
óleo vegetal	1 colher de sopa

Açúcares e Doces – 1 porção = 110 kcal

Alimentos	1 porção equivale a:
açúcar cristal	1 colher de sopa
geléia de frutas	1 colher de sopa
mel	2 e 1/2 colheres de sopa

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação de um grupo de educação nutricional a ser realizado semanalmente no(a) _____.

Você foi convidado a participar de um estudo sobre a eficácia dos Dez Passos para a Alimentação Saudável desenvolvidos pelo Ministério da Saúde com a finalidade de auxiliar os brasileiros na busca por uma alimentação equilibrada e melhores condições de saúde. Esse estudo está sendo conduzido pela nutricionista professora e doutora Maurem Ramos, em colaboração com a nutricionista e mestranda Jaqueline Driemeyer Correia e acadêmica de nutrição Fernanda Trespach dos Santos.

A participação neste projeto exige a frequência de pelo menos 80% nos encontros a serem realizados semanalmente, durante 25 a 30 semanas (em torno de 6 meses), a permissão de gravação das conversas e discussões que serão realizadas nesses encontros e a realização de exames e a elaboração de diários alimentares diários descritos mais detalhadamente a seguir. Também será necessário o retorno após 6 meses e após 12 meses do final da pesquisa para realizar uma reavaliação, que consistirá somente na resposta aos mesmos questionários respondidos no início da mesma.

Os encontros envolverão atividades como: questionários a serem respondidos, apresentação de cada orientação contida nos Dez passos e discussão sobre elas, bem como formas de tornar estes passos parte do nosso cotidiano, relatos de experiências e dificuldades na aplicação desses passos no decorrer das semanas que estaremos trabalhando.

Os diários alimentares correspondem a alimentação diária dos indivíduos, que deverá ser anotada em um caderno que será disponibilizado pelos responsáveis pela pesquisa, que instruirão detalhadamente como deverão ser esses diários no primeiro encontro.

Os exames a serem realizados tratam-se de exames de sangue para medir o nível de gordura e açúcar no sangue. É importante lembrar que esses exames não terão nenhum custo para os participantes da pesquisa e serão realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre por profissionais capacitados, o único desconforto é a picada da agulha para retirada do sangue, e

os participantes da pesquisa devem deslocar-se até o Hospital de Clínicas para realização dos exames, sendo orientados e encaminhados pelos pesquisadores.

Não há riscos associados a sua participação nesta pesquisa para além daquelas associadas à vida cotidiana. Sua participação nos ajudará a avaliar a proposta do Ministério da Saúde dos Dez Passos para a Alimentação Saudável para a População Idosa, e esta pesquisa servirá como base para recomendar a população sobre a utilização dos Dez Passos e os efeitos que são esperados quando eles são seguidos na rotina diariamente.

As informações que obtivemos de você serão sigilosas, seu nome e qualquer característica que o identifique não será divulgado em qualquer apresentação ou publicação relacionada com nossa pesquisa. Suas respostas serão confidenciais e a participação é totalmente voluntária. Você pode se recusar a participar ou pode se retirar a qualquer momento sem qualquer penalidade. Como suas conversas serão gravadas em áudio e vídeo, você tem todo o direito de revisar as fitas e excluir parcial ou totalmente a gravação se assim o desejar, devendo solicitar aos responsáveis pela pesquisa essa revisão.

Se você decidir participar, por favor, preencha e assine a seção que segue. Ao assinar este documento, você mantém o direito de dar sua opinião, de fazer perguntas, além dos demais direitos mencionados acima. Se você tiver qualquer dúvida, entre em contato comigo pelo telefone (51) 8220-8602 (falar com Fernanda) ou pelo e-mail fetrespach@gmail.com.

Você também pode contatar a prof^ª Maurem Ramos pelo e-mail maurem.profnut@gmail.com. Você recebeu uma cópia deste documento de consentimento que ficará em seu poder. Nós agradecemos por sua colaboração e seu interesse em nosso projeto.

Atenciosamente,

Pesquisador Responsável

Pesquisador Responsável: Professora Doutora Maurem Ramos

Departamento de Medicina Social - FAMED – UFRGS – Prédio Psicologia – 4º andar

Ramiro Barcelos, 2600 – Santa Cecília

Pesquisadores envolvidos: Acadêmica de Nutrição Fernanda Trespach dos Santos e
Nutricionista Jaqueline Driemeyer Correia

Telefones para contato: (51) 3308-5238 – Maurem / (51) 8220-8602 – Fernanda

(51) 3359-7640 – Comitê de Ética em Pesquisa - (atendimento das 8h às 17h)

Eu, _____ consinto em participar deste estudo e
declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Assinatura: _____

Porto alegre, ____ de _____ de 2012.

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO “INDICADORES PSICOSSOCIAIS DO CONSUMO ALIMENTAR”

Indicadores Psicossociais do Consumo Alimentar

Nome: _____ Data: ____/____/____

5 refeições: 3 principais + 2 lanches

1. Quantas **refeições** você faz ao dia?

1	2	3	4	5	6 ou mais
---	---	---	---	---	-----------

2. Quantas vezes por dia você **belisca** algum alimento no intervalo entre essas refeições (ex: salgadinhos, biscoitos, doces, pão...)?

1	2	3	4	5	6 ou mais
---	---	---	---	---	-----------

3. Você sente que está **ajudando** sua saúde quando faz pelo menos 5 refeições ao dia?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
-------------------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	-------------------------------	----------------------

4. Você sente que está **prejudicando** sua saúde quando fica muito tempo sem comer?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
-------------------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	-------------------------------	----------------------

➤ Quais os motivos para não fazer 5 refeições ao dia?

5. Você acredita que seja por não ter **apetite** para fazer mais refeições?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
-------------------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	-------------------------------	----------------------

6. Você acredita que seja por algum motivo de **saúde**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
-------------------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	-------------------------------	----------------------

7. Você acredita que seja por desconhecer qualquer **benefício** ou **malefício** de fazer mais refeições?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
-------------------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	-------------------------------	----------------------

8. Você acredita que seja por ser **difícil** ou **demorado** preparar refeições ou lanches em certos horários?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
-------------------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	-------------------------------	----------------------

9. Você acredita que seja por que sua **família** (pais, companheiro (a), filhos) nunca teve o hábito de realizar muitas refeições?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
-------------------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	-------------------------------	----------------------

10. Você acredita que seja por simples **hábito** em realizar poucas refeições ao dia?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

11. Você sente que **poderia** fazer pelo menos 5 refeições ao dia?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

12. Quão preparado você está para fazer ao menos 5 refeições ao dia?

Ainda não estou pensando em fazer (1)	Estou pensando em fazer (2)	Estou definitivamente planejando (3)	Estou tentando começar (4)	Já estou fazendo (5)
---------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	----------------------------	----------------------

6 porções de cereais, preferência por integrais

13. Quantas **porções** de cereais você consome por dia (arroz, pão, biscoitos, granola, batata, massas, cereal)?

1	2	3	4	5	6 ou mais
---	---	---	---	---	-----------

14. E quantas dessas porções são de cereais **integrais**?

1	2	3	4	5	6 ou mais
---	---	---	---	---	-----------

15. Você sente que está **ajudando** sua saúde quando consome alimentos integrais?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

16. Você sente que está **prejudicando** sua saúde quando deixa de comer alimentos integrais?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

➤ Quais os motivos para não comer cereais integrais?

17. Você acredita que seja por causa do **preço**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

18. Você acredita que seja por não gostar do **sabor**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

19. Você acredita que seja por algum motivo de **saúde**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

20. Você acredita que seja por desconhecer qualquer **benefício** ou **malefício** em consumir cereais integrais?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

21. Você acredita que seja por achar **difícil** ou **demorado** preparar cereais integrais, como arroz, massas e pães e bolos com farinha integral?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

22. Você acredita que deixa de comprar ou preparar por que sua **família** (pais, companheiro(a), filhos) não tem o **hábito** de consumir cereais integrais?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

23. Você acredita que seja por **esquecer** de comprar ou de utilizar nas refeições os cereais integrais?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

24. Você acredita que seja por simples falta de **hábito** de consumir cereais integrais?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

25. Você sente que **poderia** consumir cereais em todas suas refeições e optar pelos integrais?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

26. Quão preparado você está para aumentar o consumo de cereais integrais?

Ainda não estou pensando em fazer (1)	Estou pensando em fazer (2)	Estou definitivamente planejando (3)	Estou tentando começar (4)	Já estou fazendo (5)
---------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	----------------------------	----------------------

3 porções de verduras, legumes e hortaliças e 3 ou mais porções de frutas

27. Quantas **porções** de frutas você consome por dia?

Não consumo	1 a 3 porções/semana	4 a 6 porções/semana	1 porção/dia	2 porções/dia	3 ou mais porções/dia
-------------	----------------------	----------------------	--------------	---------------	-----------------------

28. Quantas **porções** de verduras, legumes e hortaliças você consome por dia?

Não consumo	1 a 3 porções/semana	4 a 6 porções/semana	1 porção/dia	2 porções/dia	3 ou mais porções/dia
-------------	----------------------	----------------------	--------------	---------------	-----------------------

29. Você sente que está **ajudando** sua saúde quando consome frutas, verduras, legumes e hortaliças?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

30. Você sente que está **prejudicando** sua saúde quando deixa de comer frutas, verduras, legumes e hortaliças?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

➤ Quais os motivos para não comer frutas, verduras, legumes e hortaliças?

31. Você acredita que seja por causa do **preço**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

32. Você acredita que seja por não gostar do **sabor**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

33. Você acredita que seja por algum motivo de **saúde**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

34. Você acredita que seja por desconhecer qualquer **benefício** ou **malefício** das frutas, verduras, legumes e hortaliças?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

35. Você acredita que seja por achar **difícil** ou **demorado** preparar frutas e vegetais para o consumo?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

36. Você acredita que deixa de comprar por que sua **família** (pais, companheiro(a), filhos) não tem o **hábito** de consumir frutas e vegetais?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

37. Você acredita que seja por **esquecer** de comprar ou de utilizar nas refeições ou como lanches as frutas e vegetais?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

38. Você acredita que seja por simples falta de **hábito** de consumir frutas e vegetais?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

39. Você sente que **poderia** consumir pelo menos 3 porções de frutas por dia?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

40. Você sente que **poderia** consumir pelo menos 3 porções de verduras, legumes e hortaliças por dia?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

41. Quão preparado você está para consumir ao menos 3 porções de verduras, legumes e hortaliças e 3 porções de frutas ao dia?

Ainda não estou pensando em fazer (1)	Estou pensando em fazer (2)	Estou definitivamente planejando (3)	Estou tentando começar (4)	Já estou fazendo (5)
---------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	----------------------------	----------------------

Feijão com arroz pelo menos 5x/semana

42. Quantas **vezes** por semana você consome feijão com arroz?

Não consumo (0)	< 1 vez/semana (1)	1 a 2 vezes/semana (2)	3 – 4 vezes/semana (3)	5 – 6 vezes/semana (4)	Todos os dias (5)
-----------------	--------------------	------------------------	------------------------	------------------------	-------------------

43. Você sente que está **ajudando** sua saúde quando consome feijão com arroz?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

44. Você sente que está **prejudicando** sua saúde quando deixa de comer feijão com arroz?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

➤ Quais os motivos para não consumir feijão com arroz diariamente?

45. Você acredita que seja por causa do **preço**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

46. Você acredita que seja por não gostar do **sabor**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

47. Você acredita que seja por algum motivo de **saúde**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

48. Você acredita que seja por desconhecer qualquer **benefício** ou **malefício** de consumir diariamente?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

49. Você acredita que seja por achar **difícil** ou **demorado** preparar arroz e feijão diariamente?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

50. Você acredita que deixa de preparar por que sua **família** não tem o **hábito** de consumir diariamente?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

51. Você acredita que seja por **esquecer** de **comprar** ou de **preparar** arroz e feijão algumas vezes?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

52. Você acredita que seja por simples falta de **hábito** de consumir arroz e feijão diariamente?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

53. Você sente que **poderia** consumir feijão com arroz pelo menos 5 vezes/semana?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

54. Quão preparado você está para passar a comer feijão com arroz pelo menos 5 x/semana?

Ainda não estou pensando em fazer (1)	Estou pensando em fazer (2)	Estou definitivamente planejando (3)	Estou tentando começar (4)	Já estou fazendo (5)
---------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	----------------------------	----------------------

3 porções de leite e derivados

55. Quantas **porções** você consome de leite e derivados por dia?

Não consumo (0)	1 a 3 porções/ semana (1)	4 a 6 porções/ semana (2)	1 porção/dia (3)	2 porções/dia (4)	3 ou mais porções/dia (5)
-----------------	------------------------------	------------------------------	---------------------	----------------------	---------------------------------

56. Você sente que está **ajudando** sua saúde quando consome leite e derivados?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	----------------------

57. Você sente que está **prejudicando** sua saúde quando deixa de consumir leite e derivados?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	----------------------

➤ Quais os motivos para não comer 3 porções diárias de leite e derivados?

58. Você acredita que seja por causa do **preço**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	----------------------

59. Você acredita que seja por não gostar do **sabor**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	----------------------

60. Você acredita que seja por algum motivo de **saúde**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	----------------------

61. Você acredita que seja por desconhecer qualquer **benefício** ou **malefício** do consumo ou não consumo de leite e seus derivados?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	----------------------

62. Você acredita que deixam de comprar por que sua **família** (pais, companheiro(a), filhos) não tem o **hábito** de consumir leite e seus derivados?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	----------------------

63. Você acredita que seja por **esquecer** de **comprar** ou de **consumir** leite e seus derivados?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	----------------------

64. Você acredita que seja por simples falta de **hábito** de consumir leite e seus derivados?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	----------------------

65. Você sente que **poderia** consumir 3 porções de leite e derivados por dia?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	----------------------

66. Quão preparado você está para consumir 3 porções de leite e derivados por dia?

Ainda não estou pensando em fazer (1)	Estou pensando em fazer (2)	Estou definitivamente planejando (3)	Estou tentando começar (4)	Já estou fazendo (5)
---------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	----------------------------	----------------------

1 porção de carne (retirar gordura ou pele)

67. Quantas **porções** de carne você consome por dia?

Não consumo (0)	1 a 3 porções/semana (1)	4 a 6 porções/semana (2)	1 porção/dia (3)	2 porções/dia (4)	3 ou mais porções/dia (5)
-----------------	--------------------------	--------------------------	------------------	-------------------	---------------------------

68. Você sempre retira a **gordura** aparente das carnes e a **pele** do frango?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

69. Você sente que está **ajudando** sua saúde quando consome carne?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

70. Você sente que está **prejudicando** sua saúde quando deixa de consumir carne?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

71. Você sente que está **ajudando** sua saúde quando consome **menos** carne?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

72. Você sente que está **prejudicando** sua saúde quando consome **muita** carne?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

➤ Quais os motivos para não comer carne todo dia?

73. Você acredita que seja por causa do **preço**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

74. Você acredita que seja por não gostar do **sabor**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

75. Você acredita que seja por algum motivo de **saúde**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

76. Você acredita que seja por desconhecer qualquer **benefício** ou **malefício** do consumo de carnes?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

77. Você acredita que seja por achar **difícil** ou **demorado** preparar carne diariamente?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

78. Você acredita que deixa de comprar por que sua **família** não tem o **hábito** de consumir carne?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

79. Você acredita que seja por **esquecer** de **comprar** ou de **consumir** carnes?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

80. Você acredita que seja por simples falta de **hábito** de consumir carnes?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

81. Você sente que **poderia** consumir 1 porção de carne por dia?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

82. Quão preparado você está para consumir 1 porção de carne por dia?

Ainda não estou pensando em fazer (1)	Estou pensando em fazer (2)	Estou definitivamente planejando (3)	Estou tentando começar (4)	Já estou fazendo (5)
---------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	----------------------------	----------------------

Máximo 1 porção gordura (óleo do preparo, azeite, margarina, manteiga, alimentos industrializados)

83. Quantas **porções** você consome de gordura por dia?

Não consumo (0)	1 a 3 porções/semana (1)	4 a 6 porções/semana (2)	1 porção/dia (3)	2 porções/dia (4)	3 ou mais porções/dia (5)
-----------------	--------------------------	--------------------------	------------------	-------------------	---------------------------

84. Você sente que está **ajudando** sua saúde quando deixa de consumir gordura?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

85. Você sente que está **prejudicando** sua saúde quando come gordura?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

➤ Quais os motivos para não deixar de comer gordura?

86. Você acredita que seja por dar mais **sabor** as refeições e lanches?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

87. Você acredita que seja por não ter nenhuma restrição médica ou de **saúde** para não consumir gorduras?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

88. Você acredita que seja por desconhecer qualquer **benefício** ou **malefício** do consumo ou não consumo de gordura?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

89. Você acredita que seja por achar **difícil** preparar refeições sem gordura?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

90. Você acredita que utiliza gordura por que sua **família** (pais, companheiro(a), filhos) goste bastante?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

91. Você acredita que seja por simples falta de **hábito** de utilizar no preparo ou consumir diariamente?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

92. Você sente que **poderia** consumir no máximo 1 porção de gordura por dia?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

93. Quão preparado você está para evitar o consumo de gordura e alimentos gordurosos?

Ainda não estou pensando em fazer (1)	Estou pensando em fazer (2)	Estou definitivamente planejando (3)	Estou tentando começar (4)	Já estou fazendo (5)
---------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	----------------------------	----------------------

Evitar refrigerantes, bebidas doces, sobremesas doces e guloseimas

94. Quantas **porções** você consome desses alimentos e bebidas doces?

Não consumo (0)	1 a 3 porções/semana (1)	4 a 6 porções/semana (2)	1 porção/dia (3)	2 porções/dia (4)	3 ou mais porções/dia (5)
-----------------	--------------------------	--------------------------	------------------	-------------------	---------------------------

95. Você sente que está **ajudando** sua saúde quando deixa de consumir esses alimentos e bebidas doces?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

96. Você sente que está **prejudicando** sua saúde quando come esses alimentos e bebidas doces?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

➤ Quais os motivos para não deixar de consumir alimentos e bebidas doces?

97. Você acredita que é por serem **saborosos**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

98. Você acredita que é por não ter nenhuma restrição médica ou de **saúde** para não consumir alimentos e bebidas doces?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

99. Você acredita que é por desconhecer qualquer **benefício** ou **malefício** do consumo ou não consumo de alimentos e bebidas doces?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

100. Você acredita que é por achar **mais fácil** consumir esses alimentos do que preparar bebidas e alimentos naturais, como sucos de frutas ou consumir frutas de sobremesas ou como lanches?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

101. Você acredita que compra ou prepara por que sua **família** (pais, companheiro(a), filhos) goste bastante de alimentos e bebidas doces?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

102. Você acredita que seja por **esquecer** de comprar ou preparar frutas ou lanches saudáveis?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

103. Você acredita que seja por simples falta de **hábito** de consumir alimentos e bebidas doces?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

104. Você sente que **poderia** excluir da dieta esses alimentos e bebidas doces?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

105. Quão preparado você está para evitar alimentos e bebidas doces?

Ainda não estou pensando em fazer (1)	Estou pensando em fazer (2)	Estou definitivamente planejando (3)	Estou tentando começar (4)	Já estou fazendo (5)
---------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	----------------------------	----------------------

Diminuir sal (temperos prontos, alimentos industrializados)

106. Com que **frequência** você adiciona mais sal na comida já pronta?

Nenhuma (0)	1 ou 2x/semana (1)	3 ou 4 x/semana (2)	5 ou 6 x/semana (3)	Todos os dias (4)	Mais de 1x/dia (5)
-------------	--------------------	---------------------	---------------------	-------------------	--------------------

107. Com que **frequência** você consome alimentos industrializados ricos em sódio, como salgadinhos, batata palha, caldos, temperos prontos ou molhos prontos?

Não consumo (0)	1 a 3 porções/semana (1)	4 a 6 porções/semana (2)	1 porção/dia (3)	2 porções/dia (4)	3 ou mais porções/dia (5)
-----------------	--------------------------	--------------------------	------------------	-------------------	---------------------------

108. Você sente que está **ajudando** sua saúde quando diminui a quantidade de sal consumida?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

109. Você sente que está **prejudicando** sua saúde quando consome sal em excesso?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

➤ Quais os motivos para não reduzir o sal da alimentação?

110. Você acredita que seja por que o sal deixa as comidas mais **saborosas**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

111. Você acredita que temperos prontos e **caldos** deixem as comidas mais **saborosas**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

112. Você acredita que seja por não ter nenhuma restrição médica ou de **saúde** para não consumir sal e temperos e outros alimentos ricos em sódio?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

113. Você acredita que seja por desconhecer qualquer **benefício** ou **malefício** do consumo ou não consumo de sal e alimentos ricos em sódio?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

114. Você acredita que seja por achar mais **fácil** preparar refeições com **caldos** e temperos industrializados?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

115. Você acredita que seja por achar mais **fácil** consumir salgadinhos e refeições congeladas ou instantâneas (como miojo) do que preparar **lanches** com cereais, frutas ou vegetais?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

116. Você acredita que compra ou prepara por que sua **família** (pais, companheiro(a), filhos) goste bastante de alimentos industrializados e de sal?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

117. Você acredita que consome alimentos industrializados por **esquecer** de comprar ou preparar frutas, sanduíches ou outros lanches saudáveis?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

118. Você acredita que seja por simples **hábito** de consumir esses alimentos?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

119. Você sente que **poderia** evitar o excesso de sal e alimentos ricos em sódio?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

120. Quão preparado você está para evitar o consumo de sal e alimentos ricos em sódio?

Ainda não estou pensando em fazer (1)	Estou pensando em fazer (2)	Estou definitivamente planejando (3)	Estou tentando começar (4)	Já estou fazendo (5)
---------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	----------------------------	----------------------

2 L de água/dia

121. Quantos **copos** de água você consome por dia?

Nenhum (0)	Até 1 copo (1)	2 ou 3 copos (2)	4 ou 5 copos (3)	6 ou 7 copos (4)	8 copos ou mais (5)
------------	----------------	------------------	------------------	------------------	---------------------

122. Você sente que está **ajudando** sua saúde quando toma bastante água?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

123. Você sente que está **prejudicando** sua saúde quando toma pouca água?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

➤ Quais os motivos para não tomar 8 copos de água por dia?

124. Você acredita que seja por causa do **preço** da água mineral?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

125. Você acredita que seja por não gostar do **sabor** da água da torneira?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

126. Você acredita que seja por não ter nenhuma recomendação médica ou de **saúde** para consumir mais água?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

127. Você acredita que seja por desconhecer qualquer **benefício** ou **malefício** da ingestão de água?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

128. Você acredita que seja por **esquecer** de comprar ou de ingerir água?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

129. Você acredita que seja por simples falta de **hábito** de tomar água com mais frequência?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

130. Você sente que **poderia** toma pelo menos 8 copos de água por dia?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

131. Quão preparado você está para passar a tomar pelo menos 8 copos de água por dia?

Ainda não estou pensando (1)	Estou pensando em fazer (2)	Estou definitivamente planejando (3)	Estou tentando começar (4)	Já estou fazendo (5)
------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	----------------------------	----------------------

Atividade física (caminhar, correr, pedalar, praticar exercício, alongamento), peso saudável

132. Quantas **vezes** por semana você realiza atividade física?

Nunca (0)	< 1 vez/ semana (1)	1 a 2 vezes/ semana (2)	3 – 4 vezes/ semana (3)	5 – 6 vezes/ semana (4)	Todos os dias (5)
-----------	---------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------

133. Você sente que está **ajudando** sua saúde quando realiza atividade física?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

134. Você sente que está **prejudicando** sua saúde quando deixa de realizar atividade física?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

➤ Quais os motivos para não realizar atividade física diariamente?

135. Você acredita que seja por causa do **preço** das atividades instruídas (ex: academias)?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

136. Você acredita que seja por não **gostar** ou não ter **disposição** para realizar atividades físicas?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

137. Você acredita que é por falta de **tempo** para realizar atividades físicas?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

138. Você acredita que seja por não ter nenhuma **recomendação** médica ou de **saúde** de que precise realizar atividades físicas?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

139. Você acredita que deixa de realizar atividades físicas por algum motivo de **saúde** ou falta de **preparo** físico?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

140. Você acredita que seja por desconhecer qualquer **benefício** ou **malefício** da realização de atividades físicas?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

141. Você acredita que seja por achar **difícil** se programar para começar?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

142. Você acredita que deixa de praticar atividades físicas por não ter **companhia** de familiares ou amigos?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

143. Você acredita que é por **esquecer** de se matricular em alguma atividade que goste?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

144. Você acredita que é por simples falta de **hábito** de praticar atividades físicas?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

145. Você sente que **podéria** realizar atividade física diariamente?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

146. Quão preparado você está para passar a realizar atividade física diariamente?

Ainda não estou pensando (1)	Estou pensando em fazer (2)	Estou definitivamente planejando (3)	Estou tentando começar (4)	Já estou fazendo (5)
------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	----------------------------	----------------------

Evitar álcool e fumo

147. Quantas **vezes** por semana você ingere bebidas alcoólicas?

Nunca (0)	Eventualmente (1)	1 a 2 vezes/semana (2)	1 dose/dia (3)	2 doses/dia (4)	3 ou mais doses/dia (5)
-----------	-------------------	------------------------	----------------	-----------------	-------------------------

148. Você **fuma**?

Nunca fumou (0)	Parou a menos de 3 meses (1)	Parou a mais de um ano (2)	1 dose/dia (3)	2 doses/dia (4)	3 ou mais doses/dia (5)
-----------------	------------------------------	----------------------------	----------------	-----------------	-------------------------

149. Você sente que está **ajudando** sua saúde quando deixa de beber ou fumar?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

150. Você sente que está **prejudicando** sua saúde quando bebe ou fuma?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

➤ Quais os motivos para não deixar de beber ou fumar?

151. Você acredita que seja por não ter nenhuma **recomendação** médica ou problema de **saúde** que o impeça de beber ou fumar?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

152. Você acredita que seja por desconhecer qualquer **benefício** ou **malefício** das bebidas alcoólicas ou fumo?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

153. Você acredita que seja **difícil** evitar a bebida e o fumo pois sente-se bem com esses hábitos?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

154. Você acredita que ingere bebidas alcoólicas ou fuma por ser um hábito comum na **família** ou grupo de **amigos**?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

155. Você acredita que seja por simples **hábito** de beber e fumar há muitos anos?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

156. Você sente que **poderia** evitar o álcool e o fumo?

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

157. Quão preparado você está para passar a evitar o álcool e o fumo?

Ainda não estou pensando (1)	Estou pensando em fazer (2)	Estou definitivamente planejando (3)	Estou tentando começar (4)	Já estou fazendo (5)
------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	----------------------------	----------------------

Normas Percebidas

158. Minha **família** acha que eu devo melhorar minha alimentação para ter mais saúde.

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

159. Meu **médico** ou outro profissional da saúde me orientou a melhorar minha alimentação para ter mais saúde.

Concordo completamente (1)	Concordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo um pouco (4)	Discordo completamente (5)	Não se aplica (0)
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

Controle Percebido

160. Em sua residência/domicílio/casa, quem é encarregado de **comprar** os alimentos/**escolher** os alimentos que serão comprados?

Eu mesmo	Meu parceiro(a)	Meus filhos	Um empregado/cuidador	Outro _____
----------	-----------------	-------------	-----------------------	-------------

161. Em sua residência/domicílio/casa, quem é encarregado de **preparar** as refeições?

Eu mesmo	Meu parceiro(a)	Meus filhos	Um empregado/cuidador	Outro _____
----------	-----------------	-------------	-----------------------	-------------

Suporte Social

162. Alguém **encoraja** você a comprar, preparar e comer frutas e vegetais?

Meus filhos	Meu parceiro(a)	Meus irmãos	Um empregado/cuidador	Outro _____
-------------	-----------------	-------------	-----------------------	-------------

163. Alguém me **auxilia** a preparar as refeições?

Meus filhos	Meu parceiro(a)	Meus irmãos	Um empregado/cuidador	Outro _____
-------------	-----------------	-------------	-----------------------	-------------

Qualidade da dieta

164. Como posso **descrever** minha **alimentação** atualmente?

Muito pobre (1)	Pobre (2)	Nem boa nem ruim (3)	Boa (4)	Muito boa (5)
-----------------	-----------	----------------------	---------	---------------