



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Rodrigues Cavalcanti, Ana Paula; Rique Dias, Mardonio; Ferreira Rodrigues, Carla Fernanda; Nunes
Alves Gouveia, Charlene Nayana; Dornellas Ramos, Deborah; Oliveira Serrano, Fagner José de
Crenças e influências sobre dietas de emagrecimento entre obesos de baixa renda
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 6, diciembre, 2007, pp. 1567-1574
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013517018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Crenças e influências sobre dietas de emagrecimento entre obesos de baixa renda

Beliefs and influences on weight loss diets among low-income obese individuals

Ana Paula Rodrigues Cavalcanti ¹

Mardonio Rique Dias ²

Carla Fernanda Ferreira Rodrigues ²

Charlene Nayana Nunes Alves Gouveia ²

Deborah Dornellas Ramos ²

Fagner José de Oliveira Serrano ³

Abstract *Obesity has become an epidemic that requires immediate control, mainly among the poor, particularly women and the less educated. The WHO requests and several studies confirm that support is needed for research projects examining psychological and social behavior that hampers compliance with weight loss diets. This paper uses the Theory of Reasoned Action (TRA) of M. Fishbein (1975) in social psychology, comparing two series of open interviews (conducted in 2001 and 2005) that disclosed positive (advantageous) and negative (harmful) beliefs about weight loss diets among low-income obese patients in João Pessoa, Paraíba State, as well as their guides (people of influential opinion) on following their diets. The 2001 findings were corroborated in 2005, revealing fears of diseases related to obesity and the wish to feel healthier and lighter. Mothers, children and above all spouses were mentioned as diet supporters. It was stressed that will-power is not enough, but also reflection and building up control skills, in addition to allocating and altering life styles. Concerns related to appearance were not high priority. This information may lead to better diet compliance.*

Key words *Obesity, Diet, Poverty, Nutrition, Social psychology*

Resumo *A obesidade tornou-se uma epidemia carente de controle imediato, principalmente entre pobres, mulheres e pessoas de baixa escolaridade. A OMS solicita e vários estudos corroboram que estudos esclarecedores sobre os comportamentos psicológicos e sociais interferentes na aderência terapêutica aos regimes devem ser encorajados. Este estudo usou a Teoria da Ação Racional - TAR, de M. Fishbein, em Psicologia Social, e comparou duas séries de entrevistas abertas (em 2001 e 2005) que eliciaram as crenças positivas (vantagens) e negativas (desvantagens) sobre fazer dieta entre obesos de baixa renda de João Pessoa, Paraíba, além dos referentes (pessoas de opinião influente) destes pacientes quanto a segui-la. Os resultados de 2001 foram corroborados em 2005, revelando o medo das doenças relacionadas à obesidade e a vontade de sentir mais saúde e leveza de corpo. Mães, filhos e principalmente o cônjuge aparecem como apoiadores do regime. Ressaltou-se que não bastaria força de vontade, mas também reflexão e construção de habilidades de controle, apropriação e modificação das condições de vida. Preocupações estéticas não foram prioritárias. Estas informações podem fomentar melhores resultados na aderência terapêutica.*

Palavras-chave *Obesidade, Dieta, Pobreza, Nutrição, Psicologia social*

¹ FACISA/CBPEX. Av. Rio Grande do Sul 1442, Bairro dos Estados. 58030-021 João Pessoa PB. paulacanti@terra.com.br

² Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba.

³ Departamento de Nutrição, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba.

Introdução

A obesidade é tradicionalmente associada à falta de alimentos, ou à presença excessiva de alguns grupos de alimentos mais energéticos (farináceos e gorduras) nas refeições. Mas, além disso, as mudanças socioambientais - marcadamente das últimas três décadas - trouxeram consigo o quadro de transição epidemiológica instaurado pela diminuição da atividade física e mudanças na composição das refeições^{1, 2}, dentre outros fatores. Como agravante, este quadro nos países em desenvolvimento é percebido pela incidência cada vez maior de obesidade nos segmentos sociais pauperizados^{2,3,4,5,6} - onde a obesidade também pode ser causada por desnutrição intra-uterina e desnutrição infantil crônica. Mulheres, pessoas de baixa renda e/ou escolaridade são um estrato social particularmente vulnerável^{5,6,7,8,9,10,11}.

As classes sociais mais baixas, portanto, apresentam um ônus aumentado de mau prognóstico no controle da incidência e prevalência da obesidade sem melhora equivalente no seu estado nutricional geral^{5,9,11}.

No Nordeste brasileiro, a incidência da obesidade aumentou principalmente no meio urbano e entre os homens^{9,10}, consoante o incremento incidente na América Latina de modo geral^{5,12}. Países em desenvolvimento, dentro desta transição epidemiológica, necessitam controlar o número de casos de obesidade e o déficit estatural populacional (considerando previamente controlados os casos de kwarshiorkor e marasmo) para atingir níveis de bem-estar coletivo dentro das recomendações gerais mundiais¹⁰. João Pessoa ocupa o terceiro lugar na classificação das capitais nordestinas que estão acima do peso.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) já iniciou estudos multidisciplinares^{13,14} para melhor explicar a etiologia e investigar as opções terapêuticas no tratamento desta patologia de expressão epidêmica, que tragam resultados de aderência e persistência terapêutica mais animadores: atualmente, 95% dos obesos fracassam na manutenção de suas dieta de emagrecimento e voltam a engordar, formando um quadro pernicioso para a saúde pública a médio e longo prazos^{15,16}.

Dentro deste enfoque, e reconhecendo que para perder peso é necessário uma série de comportamentos condizentes - dentre eles seguir uma dieta¹⁷ - esta pesquisa embasou-se na premissa em Psicologia Social de que para promover novos comportamentos é necessário conhecer as crenças (positivas ou não) contidas na interpretação que o paciente fará a respeito dele, além de

verificar a força da pressão social percebida pelo paciente para aderir a este novo comportamento. Neste estudo, utilizou-se a Teoria da Ação Racional - TAR, de M. Fishbein¹⁸, referenciada há mais de 25 anos no estudo do comportamento humano em saúde coletiva. Esta teoria pressupõe que o comportamento humano, em sentido amplo, está sob controle da vontade pessoal e, portanto, o indivíduo poderia mudar seu comportamento raciocinando sobre o que o leva a agir de determinada forma. De acordo com as crenças pessoais sobre determinado comportamento (quanto às vantagens e desvantagens de assumi-lo) e com a pressão social percebida para agir de determinada forma em relação a ele (as pessoas que mais influenciam o paciente quando opinam a respeito), os indivíduos apresentarão graus diferentes de adesão ao comportamento estudado. Identificar e mensurar estatisticamente estes elementos permitiria intervir com mais sucesso sobre a aderência terapêutica, abordando pontos importantes não revelados pelos pacientes em um atendimento clínico usual, mas que influem na sua aderência terapêutica. Tal estudo já foi feito entre obesos de baixa renda quanto à sua intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso em João Pessoa, Paraíba¹⁹.

Este quadro teórico já foi utilizado com sucesso (na validade interna dos estudos e, em alguns trabalhos, na validade externa igualmente), a título de exemplos, para medir, explicar e prever o grau de adesão ao aleitamento materno²⁰, à doação de sangue^{21,22}, ao auto-exame da mama²³, ao uso de preservativos e redução do número de parceiras sexuais^{24, 25} e à alimentação saudável²⁶. Estes e outros vários estudos permitiram testar extensivamente o poder explicativo da TAR.

Método

Amostra: Seguindo seus passos metodológicos, utilizou-se na primeira etapa, realizada em outubro/dezembro de 2001, uma amostra de 41 pacientes¹⁹. A TAR segue o preceito de que, acima de 40 sujeitos, inicia-se o fenômeno da saturação das respostas. Os respondentes eram obesos, idade mínima de 18 anos, em tratamento dietoterápico para obesidade prescrito por nutricionistas, escolhidos ao acaso para uma entrevista imediatamente após suas consultas, na saída da sala do nutricionista. Excluíram-se os cardiopatas, diabéticos, gestantes ou indivíduos sob uso de medicação interferente no apetite ou metabolismo nutricional. As entrevistas ocorreram nos

ambulatórios públicos de Nutrição do Centro de Atendimento Médico Especializado (CAME) de Jaguaribe e no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HU) da Universidade Federal da Paraíba, em João Pessoa.

Na segunda amostragem, ocorrida em setembro/dezembro de 2005, com 43 obesos, os mesmos critérios de inclusão e exclusão foram utilizados. A entrevista deu-se escolhendo aleatoriamente pacientes na fila de espera pela consulta nutricional, pois o novo local de amostragem não possuía instalações suficientes para aguardar o término destas consultas. Foi escolhido o CAME da Primavera, também em João Pessoa, que atende uma coletividade muito semelhante à da primeira etapa.

Instrumento

De acordo com a orientação para todos os trabalhos que utilizam a TAR, aplicou-se nas duas etapas uma entrevista aberta que solicitava a resposta a três perguntas: 1 - Quais as vantagens de reduzir o peso através de dieta? 2 - Quais as desvantagens de reduzir o peso através de dieta? 3 - Que pessoas são mais importantes para você quando dão uma opinião sobre este assunto?

Na segunda amostragem, refinou-se a entrevista dividindo-se a terceira pergunta em duas partes: "Que pessoas gostariam que você emagrecesse fazendo dieta?" e "Que pessoas não lhe apoiariam para que você emagrecesse fazendo dieta?". Ao final, os dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, renda média familiar, escolaridade) eram solicitados.

Procedimento

Na primeira amostragem, os integrantes foram contactados imediatamente após deixarem a sala do nutricionista e identificados pelo formulário de orientação dietética dispensado pelo nutricionista. Foram entrevistados oralmente ou, quando o fluxo de pacientes permitia, levados a uma sala à parte, para preencherem o formulário de entrevista com o próprio punho. Durante a entrevista, em caso de dúvida quanto à compreensão de quaisquer das perguntas sobre as crenças (vantagens e desvantagens) ou os referentes (pessoas mais influentes), o entrevistador estava orientado para não esmiuçar nem mesmo exemplificar como poderiam ser as respostas. Simplesmente deveria repetir a pergunta, acrescentando,

no máximo, uma expressão sinônima: para "vantagens", "o que existe de bom"; para "desvantagens", "o que não é bom"; para "pessoas importantes", "aquelas pessoas que fazem diferença para você". Solicitava-se que o respondente expressasse as primeiras respostas que lhe vinham à mente diante de cada pergunta, de acordo com a orientação de Miller²⁷, que concluiu serem as primeiras idéias que vêm à mente do indivíduo, expressas livremente, as que melhor informam e mais próximo se encontram da verdade sobre o que pensa o entrevistado. O tempo médio de cada entrevista variou de 3 a 5 minutos.

Na segunda amostragem, a entrevista deu-se exclusivamente na fila de espera pela consulta, seguindo todas as determinações da primeira fase. O tempo médio oscilou entre 3 a 6 minutos.

Resultados

A maioria da amostragem foi composta por mulheres (70,73 % na primeira amostragem e 90,7% na segunda). A Pesquisa Suplementar em Saúde da PNAD 1998 do IBGE²⁸ afirma, entretanto, que entre as pessoas que procuram regularmente o posto ou centro de saúde não existe uma diferenciação significativa segundo o sexo. Já a Pesquisa Suplementar em Saúde da PNAD 2003 do IBGE²⁹ assinala que mulheres realmente procuram mais o serviço público de saúde, especialmente nas classes de menor renda.

Constatou-se ainda na primeira amostragem que sujeitos de ambos os sexos na faixa etária de 31 a 60 anos representaram 53,66% desta amostra. A PNAD também assinalou que a partir dos 40 anos aumenta o número de consultas médicas. Na segunda amostragem, a mesma faixa etária predominou: 66,11% da amostra.

Utilizou-se, na entrevista, a antiga denominação para os níveis de escolaridade (primário, ginásio e segundo grau) por serem mais facilmente compreendidas pela população estudada. Na primeira amostra, o maior percentual foi representado por aqueles que assinalaram o ginásio (atual ensino fundamental do 2º ciclo) completo ou não: 60,98% do total. Deste percentual, os que alcançaram apenas o primário (atual ensino fundamental do 1º ciclo) completo ou não perfizeram 34,15% da amostra. Não foi encontrado nenhum respondente analfabeto, mas na segunda amostragem, eles corresponderam a 13,95%. O Anuário Estatístico da Paraíba³⁰ afirma ser grande o número de analfabetos no estado. A POF 2002-2003 do IBGE²⁹ relata uma taxa

de analfabetismo nacional acima dos 10 anos de idade em 10,9%. Na segunda amostra, o maior percentual de escolaridade recaiu sobre o 2º grau, completo ou não: 51,16%.

Considerando o trabalho de Thomas e Strauss³¹, onde se esclarece que no Brasil um indivíduo apenas alfabetizado ganha cerca de 50% a mais que um analfabeto, e na mesma comparação, que um indivíduo com educação primária recebe 130% a mais, e aquele com ao menos o segundo grau (atual ensino médio) ganha 550% a mais que o analfabeto, corrobora-se a conclusão das PNAD do IBGE onde consta que existe uma alta correlação positiva entre o acesso ao médico e o poder aquisitivo da população. Os analfabetos, afirma a Pesquisa Suplementar em Saúde na PNAD 1998²⁸, buscam o balcão das farmácias para resolver seus problemas de saúde.

A renda familiar majoritária repetiu-se nas duas amostragens: até três salários mínimos então vigentes (68,29% da primeira amostra e 76,74% da segunda). A Pesquisa Suplementar em Saúde do IBGE 200²⁹ reitera que cerca de 75,0% dos brasileiros procuram, em caso de necessidade, postos e centros de saúde (como o CAME de Jaguaribe e da Primavera), e que seu uso aumentou entre as duas pesquisas. Esta modalidade de serviço de saúde representa 52,14% da oferta de serviço de saúde no país, seguida por

ambulatórios de hospitais como o HU, oferecendo 16,9% dos serviços públicos de saúde. Recente pesquisa da Fiocruz³² acrescenta que 88% da população nordestina utilizam os serviços do SUS, como os do CAME de Jaguaribe e Primavera aqui escolhidos.

Por fim, a maioria dos entrevistados em ambas as amostragens era casada (63,41% na primeira e 65,12% na segunda). A PNAD 1998, porém, correlaciona este dado com a renda familiar, e afirma que são os homens casados os que declaram consultar médicos com menor frequência.

Três profissionais de psicologia, fora da equipe de pesquisa, conforme orientado pelo método de aplicação da TAR, agruparam as respostas em categorias ou classificações, e a convergência destas três classificações resultou nas Tabelas 1 a 5 a seguir.

Surpreendendo uma das hipóteses iniciais do trabalho, uma aparência física conforme os padrões estéticos sociais e midiáticos não foi o resultado mais procurado pelos obesos pobres em nenhuma das etapas, mesmo após decorridos quatro anos entre elas. Os homens da amostra mencionaram até preferir mulheres mais gordas, que seriam mais atraentes. Estas informações coincidem com aquelas obtidas, por exemplo, nos estudos de Cachelin *et al.*³³; Paeratakul *et al.*³⁴ e Sanchez-Johnsen *et al.*³⁵, que concluíram predo-

Tabela 1. Crenças positivas sobre fazer regime para emagrecer entre obesos de baixa renda.

Crenças em 2001 (CAME Jaguaribe n=20 e HU n=21)	Frequência
Sentir-se mais leve, mais disposto	56
Ter mais saúde, evitar doenças	47
Ouvir elogios, melhorar a auto-estima	30
Subtotal	133*
Idiossincrasias	2
Total	135
* 98,5 do total das crenças eliciadas.	
Crenças em 2005 (CAME da Primavera N = 43)	Frequência
Ter mais saúde, evitar doenças	36
Sentir-se melhor, mais disposto, mais leve	27
Ficar mais bonito	8
Melhorar a auto-estima conseguindo emagrecer	15
Subtotal	86*
Idiossincrasias	2
Total	88
* 97,7% do total das crenças eliciadas.	

minar, nos estratos mais baixos das sociedades norte-americana e brasileira, a preferência estética por corpos mais gordos, que também pareciam mais saudáveis. Mesmo com a influência da mídia, verificou-se que nestas classes a aprovação de um corpo mais magro não é comum entre asiáticos, negros ou latinos que vivem nos Estados Unidos. Esta estratégia seria particularmente pouco efetiva junto a mulheres. Alguns homens entrevistados relataram “não gostar de mulher magra”, “não gostar de sentir os ossos da mulher”. A faixa etária da amostra deste estudo, entretanto, pode ter influenciado este resultado: sabe-se que é entre adolescentes que se encontra o maior percentual de busca pelo corpo magro³⁶.

Os obesos desta pesquisa relataram querer emagrecer por medo da morte “por enfarto, derrame”. O excesso de peso já os fazia sofrer fisicamente por dificuldades para respirar e locomover-se.

Em conclusão, tentar incentivá-los a comer menos e melhor para obter uma aparência física de acordo com padrões estéticos socialmente mais abastados não parece ser a tática mais adequada ou eficiente.

Seguir um regime de emagrecimento não parece ser um comportamento dependente apenas da vontade e da decisão pessoal, como o classificaria a teoria de M. Fishbein. Nos dois períodos de tempo, apesar do reconhecimento da impor-

tância e mesmo da necessidade de emagrecer, o obeso pobre não se sente preparado o bastante para “resistir às tentações”. Foram citadas crenças negativas como “eu me sinto aprisionado durante o regime”; “a gente tem que se vigiar o tempo todo”; “você fica excluído dos momentos de festa, dos almoços de família; você não pode comer nada”; “não dá nem para provar o que a gente cozinha para aos outros”, “tenho que controlar a quantidade de comida”, “a gente não pode comer tudo o que gosta”. A dimensão do “controle comportamental” foi muito citada ($n = 61$ na primeira e $n = 17$ na segunda amostragem), contrariando o postulado da Teoria da Ação Racional. Ajudar os obesos desta camada social a encontrar estratégias de comportamento que aumentem a persistência nos regimes de emagrecimento será mais útil e eficaz para evitar as doenças correlatas^{37,38}. Comer frutas e verduras, por exemplo, apesar de admitidamente indesejável, não foi considerado tão ruim.

A maior frequência de respostas encontradas na entrevista refere-se ao desânimo de estar obrigado a “não poder comer do que se gosta” ($n = 16$ e $n = 29$, respectivamente) e “comer menos” ($n = 10$ e $n = 19$, respectivamente). É útil lembrar que pessoas que sofreram desnutrição crônica na infância ou na vida intra-uterina sentem mais necessidade de comer que pessoas que não passaram por sérias privações nutricionais⁵.

Tabela 2. Crenças negativas sobre fazer regime para emagrecer entre obesos de baixa renda.

Crenças negativas em 2001 (CAME Jaguaribe $n=20$ e HU $n=21$)	Frequência
Comer menos, controlar o apetite	61
Comer do que não se gosta, mudar hábitos alimentares	39
Sentir desconforto por estar de dieta	25
Subtotal	125*
Idiosincrasias	4
Total	129

*96,8% do total das crenças eliciadas.

Crenças negativas em 2005 (CAME da Primavera $N = 43$)	Frequência
Comer do que não se gosta, mudar horários e hábitos	29
Comer menos, controlar o apetite e as quantidades	19
Passar fome, sentir-se mal	14
Subtotal	62*
Idiosincrasias	3
Total	65

*95,3% do total das crenças eliciadas.

Tabela 3. Referentes de opinião mais influente sobre os obesos de baixa renda de João Pessoa – PB em 2001. Amostras do CAME de Jaguaribe (n = 20) e HU (n = 21).

Referentes	Frequência
Amigos	17
Pais	16
Cônjuge	13
Filhos	12
Parentes	10
Irmão (ã)	10
Subtotal	78*
Vizinhos, colegas de trabalho, idiosincrasias	14
Total	92

* 84,7% do total dos referentes citados.

Tabela 4. Referentes de opinião positiva mais influente sobre os obesos de baixa renda de João Pessoa – PB em 2005. Amostras do CAME da Primavera (N = 43).

Referentes	Frequência
Cônjuge, namorado	17
Filhos	14
Mãe, pai	16
Familiares	15
Amigas	7
Pessoas em geral	4
Médicos	3
Subtotal	76*
“Eu mesmo”	17
Idiosincrasias	2
Total	95

* 80% do total dos referentes citados.

Tabela 5. Referentes de opinião negativa mais influente sobre os obesos de baixa renda de João Pessoa – PB em 2005. Amostras do CAME da Primavera (N = 43).

Referentes	Frequência
Amigos (as)	8
Mãe, pai	6
Cônjuge	5
Familiares	4
Subtotal	23*
Idiosincrasias	1
Total	24

* 95,8% do total dos referentes citados

As pessoas do convívio diário do obeso são responsáveis pelo maior grau de pressão social percebida contra seu problema de peso. O caráter rotineiro desta pressão certamente é responsável pelos sinais de depressão e autopercepção negativa verificado já em outros estudos¹⁴.

Especificamente o cônjuge, na segunda amostragem (n = 17), seguido de mães e filhos dos obesos, foram os referentes percebidos como aqueles que mais desejavam que estes obesos efetivamente emagrecessem (n = 12, n = 16 e n = 14, respectivamente).

Na segunda amostragem, procurou-se refinar o tipo de influência percebida, através dos tipos positivo (apoio ao regime) e negativo (contra o regime). A Tabela 5 mostra que o tipo desencorajador de influência foi pouco frequente (n = 24). Contrastando esta tabela com a de número 1, pode-se deduzir que quando os referentes apóiam o regime, o fazem para que o obeso consiga mais saúde e não melhor aparência física.

Conclusão

As informações deste trabalho advertem contra generalizações inadequadas quanto a ideais estéticos, crenças em saúde e sobre o comportamento dos pacientes obesos de baixa renda. Considerações baseadas em estudos específicos podem ser efetivamente úteis para melhorar a qualidade do serviço público de saúde brasileiro no controle desta doença, classificada como prioritária pela OMS.

Embora a TAR admita que seu poder de generalização restrinja-se ao estrato de onde foi retirada a amostra, necessitando de estudos similares sucessivos para aumentar sua validade externa, as informações aqui levantadas já podem servir como sugestão para expor orientações nutricionais entre obesos de baixa renda porque as práticas especializadas e profissionalizadas prescritivas geralmente não consideram os processos e as condições que fragilizam os obesos pobres na adesão dietoterápica³⁹:

1 – Alertá-los sobre as patologias a que se expõem caso desobedeçam frequentemente ou simplesmente desistam da dietoterapia deve mostrar-se mais eficaz do que alegar vantagens estéticas em conseguir um corpo mais magro. Resultado equivalente pode ser obtido expondo as vantagens de proteger a própria saúde e sentir-se mais confortável, mais “leve”, como enunciaram, fazendo o regime prescrito.

2 – Lembrá-los das críticas que certamente receberão das pessoas que mais lhe incomodam ao opinarem sobre seu excesso de peso pode torná-los mais predispostos a resistir à vontade de comer mais e com maior frequência. Expor esta mesma pressão social percebida de forma positiva, ou seja, lembrando-os do quão satisfeitas tais pessoas se sentirão caso o paciente venha a perder peso igualmente pode estimulá-los à maior persistência terapêutica.

3 – As crenças psicológicas descritas sugerem que se deva possibilitar aos obesos um processo de reflexão e construção de habilidades de con-

trole, apropriação e modificação de suas condições de vida^{37,38,40,41,42,43}.

A fase final da aplicação da TAR buscaria elucidar que tipo de comunicação persuasiva surtiria mais efeito contra recidivas em comportamentos obesogênicos: se a forma negativa (resaltando os medos, riscos e críticas eliciados pelos próprios pacientes das amostragens) ou a forma positiva (ênfatizando os aspectos agradáveis e apoios percebidos). Sugere-se aqui, para os que desenvolvem pesquisas sobre o tema, comparar sua metodologia com aquela seguida pela TAR.

Colaboradores

APR Cavalcanti participou na concepção, delineamento, análise, interpretação dos dados e redação final. MR Dias trabalhou na metodologia, interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da redação final. CFF Rodrigues, CNNA Gouveia, DD Ramos e FJ de O Serrano trabalharam na metodologia, pesquisa de campo, revisão da literatura científica e redação.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Obesidade e desnutrição. [acessado 2001 Out 22]. Disponível em: http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/carencias/documentos/obesidade_desnutricao.pdf
2. Mendonça CP, dos Anjos LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004;20(3):698-709.
3. Uauy R, Albala C, Kain J. Obesity Trends in Latin America: Transiting from Under to Overweight. *J Nutr* 2001; 131(3):903S-899S.
4. Bermudez OI, Tucker KL. Trends in dietary patterns of Latin American populations. *Cad Saúde Pública* 2003;19(Supl 1).
5. Sawaya AL, Solymos GMB, Florencio TMMT, Martins PA. Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. *Est Avanç* 2003; 17(48):21-44.
6. Drewnowski A, Specter SE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr* 2004; 79(1):6-16.
7. Caballero B. Obesity in developing countries: biological and ecological factors. *J Nutr* 2001; 131(3):866S-870S.
8. Townsend MS, Pearson J, Love B, Achterberg C, Murphy SP. Food insecurity is positively related to overweight in women. *J Nutr* 2001; 131(6):1738-45.

9. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(Supl 1).
10. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). *Pesquisa de orçamentos familiares – POF 2002-2003*. [acessado 2004 Set 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
11. Huerta S, Li Z, Li HC, Hu MS, YU CA, Heber D. Feasibility of a partial meal replacement plan for weight loss in low-income patients *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28(12):1575-79.
12. Kain J, Vio F, Albala C. Obesity trends and determinant factors in Latin America. *Cad Saúde Pública* 2003;19 (Supl 1).
13. Organização Mundial da Saúde (OMS). Obesity: Controlling the global epidemic. [Cited 2002 Mar 6] Available from: <http://www.who.int/nut/obs.htm>
14. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Joint WHO/FAO expert consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. WHO Technical Report Series 916. Geneva: OMS; 2002.
15. Organização Mundial da Saúde (OMS). Obesity epidemics puts millions at risk from related diseases. [Cited 2001 Apr 16]. Available from: <http://www.who.int/archives/int.pr-199/>
16. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO Technical Report Series 916. Geneva: OMS; 2003.
17. Ades L, Kerbaux RR. Obesidade: realidades e indagações. *Psicol USP* 2002; 13(1):89-94.
18. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, Attitude, Intention and Behavior: an Introduction to Theory and Research*. Philippines: Addison-Wesley Publishing Company Inc.; 1975.
19. Cavalcanti APR, Dias MR, Costa MJC. Psicologia e nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda. *Est Psicol* 2005; 10(1):121-29.
20. Soares JG. *Crenças, atitudes e intenção de mães gestantes em amamentar seus filhos de 0 a 6 meses de idade* [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 1998.
21. Mello CCM. *Tornar-se doador(a) regular de sangue: predizendo o comportamento através da intenção comportamental* [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2000.
22. Cunha BCF. *Efeito de comunicações persuasivas sobre a intenção comportamental de ser um(a) doador(a) de sangue: um estudo experimental* [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2004.
23. Lierman L, Young H, Kasprzyk D, Benoliel J. Predicting breast self-examination using the theory of reasoned action. *Nurs Res* 1990; 39:97-101.
24. Dias MR. *Aids, comunicação persuasiva e prevenção: uma aplicação da teoria da ação racional* [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 1995.
25. Souza FC. *Fatores determinantes da intenção comportamental de pedir ao parceiro para usar a camisinha: um estudo de persuasão com mulheres de baixa renda* [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 1998.
26. Rise J. Predicting the intention to eat healthier food among young adults. *Health Educ Res* 1996; 11:453-461.
27. Miller GA. The magical number seven, plus or minus two: some limits on our capacity for processing information. *Psych Rev* 1956; 63:81-97.
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa suplementar de saúde na PNAD 1998*. [acessado 2002 Out 23]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa suplementar de saúde na PNAD 2003*. [acessado 2005 Fev 3]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad03/saude/analise.shtm>
30. Brasil. Governo do Estado da Paraíba. *Anuário Estatístico da Paraíba*. João Pessoa: IDEME, 2000.
31. Thomas D, Strauss J. Health and wages: evidence on men and women in urban Brazil. *J Econom* 1997; 77:159-185.
32. Nordestinos são mais dependentes do SUS, diz pesquisa. *Jornal do Comércio* 2004 Set 9; p. 13.
33. Cachelin FM, Rebeck RM, Chung GH, Pelayo E. Does ethnicity influence body-size preference? A comparison of body image and body size. *Obes Res* 2002; 10:158-166.
34. Paeratakul S, White MA, Williamson DA, Ryan DH, Bray GA. Sex, race/ethnicity, socioeconomic status, and BMI in relation to self-perception of overweight. *Obes Res* 2002; 10:345-350.
35. Sanchez-Johnsen A. Ethnic differences in correlates of obesity between Latin-American and black women. *Obes Res* 2004; 12:652-660.
36. Friedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, Musante GJ. Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obes Res* 2002; 10:33-41.
37. Martin PD, Dutton GR, Brantley PJ. Self-efficacy as a predictor of weight change in African-American women. *Obes Res* 2004; 12:646-651.
38. Foster GD, Makris AP, Bailer PA. Behavioral Treatment of Obesity. *Am J Clin Nutr* 1975; 82(1):230S-235S.
39. Crawford D, Ball K. Behavioral determinants of the obesity epidemic. *Asia Pac J Clin Nutr* 2002; 11(8):S718-21.
40. Amati F, Goley A. Dieting or non-dieting? *Rev Méd Suisse* 2005; 1(12):814-1.
41. Bernardi F, Cicheler C, Vitolo MR. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Rev Nutr* 2005; 18(1):85-93.
42. Frongillo EA. Understanding obesity and program participation in the context of poverty and food insecurity. *J Nutr* 2003; 133:2225-31.
43. Serra GMA, Santos EM. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Rev C S Col* 2003; 8(3):691-701.

Artigo apresentado em 07/08/2006

Aprovado em 04/12/2006

Versão final apresentada em 15/08/2007