

ÉRIKA DA SILVA BRONZI MOURA

***RESULTADOS DE UM PROCESSO EDUCATIVO EM
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO VIVENCIADO POR UM GRUPO DE
MULHERES COM DOENÇAS CRÔNICAS METABÓLICAS***

ARARAQUARA - SP

2013

ÉRIKA DA SILVA BRONZI MOURA

***RESULTADOS DE UM PROCESSO EDUCATIVO EM
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO VIVENCIADO POR UM GRUPO DE
MULHERES COM DOENÇAS CRÔNICAS METABÓLICAS***

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista – UNESP como exigência para a obtenção do título de doutor, área de concentração: Ciências Nutricionais.

Orientador: Prof^a Dr^a Maria Rita Marques de Oliveira

Coorientadora: Prof^a Dr^a Carla Maria Vieira

ARARAQUARA-SP

2013

Ficha Catalográfica

Elaborada Pelo Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
UNESP – Campus de Araraquara

M929r Moura, Érika da Silva Bronzi
Resultados de um processo educativo em alimentação e nutrição
vivenciado por um grupo de mulheres com doenças crônicas metabólicas /
Érika da Silva Bronzi Moura. – Araraquara, 2013
141 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista. “Júlio de Mesquita
Filho”. Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Programa de Pós Graduação
em Alimentos e Nutrição

Orientador: Maria Rita Marques de Oliveira
Coorientador: Carla Maria Vieira

1. Educação Alimentar e Nutricional. 2. Educação em Saúde. 3. Processo
Educativo. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Doenças Crônicas. I. Oliveira,
Maria Rita Marques de, orient. II. Vieira, Carla Maria, coorient. III. Título.

CAPES: 50700006

FOLHA DE APROVAÇÃO

ÉRIKA DA SILVA BRONZI MOURA

RESULTADOS DE UM PROCESSO EDUCATIVO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO VIVENCIADO POR UM GRUPO DE MULHERES COM DOENÇAS CRÔNICAS METABÓLICAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista – UNESP como exigência para a obtenção do título de doutor, área de concentração: Ciências Nutricionais.

Aprovação em: _____/_____/_____

Banca Examinadora

Profª Drª Maria Rita Marques de Oliveira

Orientadora - UNESP/Araraquara

Profª Drª Rita de Cássia Bertolo Martins

Membro - FAI/Adamantina

Prof Dr Anderson Marliere Navarro

Membro - UNESP/Araraquara

Profª Drª Maria Iolanda Monteiro

Membro – UFSCAR/São Carlos

Prof Drª Luiza Cristina Godim Domingues Dias

Membro – UNESP/ Botucatu

Dedicatória

Dedico este trabalho:

Aos meus pais, Maria Célia e Luiz Carlos que estiveram presentes em todos os momentos da sua realização.

Ao meu irmão Evandro que é meu exemplo de estudo e dedicação.

Ao meu marido, Adriano, que pode compreender os momentos de ausência na família para a dedicação ao trabalho.

Aos meus avós José e Mariana (*in memoriam*) que durante o percurso final desta obra partiram deixando a saudade e o exemplo de amor pela vida.

Ao grande presente que Deus colocou em minha vida a pequena Emanuele, o seu carinho para mim foi um incentivo.

Agradecimentos

À Deus que me deu forças para a realização do trabalho.

Aos meus pais que me acompanharam em todos os momentos da realização desse estudo, com paciência, amor e compreensão.

Ao meu marido que soube compreender o meu momento de estudo e dedicação a esse trabalho, estando sempre ao meu lado.

A minha filha, Emanuele, que dividiu com a tese à atenção da mãe no seu primeiro ano de vida.

À minha orientadora Prof^a Dr.^a Maria Rita Marques de Oliveira que com muita paciência, dedicação, conhecimento me direcionou e auxiliou a desenvolver esse trabalho.

À minha coorientadora Prof^a Dr.^a Carla Maria Vieira que me auxiliou com considerações essenciais a realização da tese e na elaboração do trabalho qualitativo.

À Prof^a Dr.^a Maria Jacira Simões que esteve presente no início dos meus estudos do doutorado.

À Prof^a Dr.^a Telma Maria Braga Costa e ao Prof. Dr. Adalberto Farache Filho pelas preciosas sugestões e considerações na Qualificação.

Às pacientes do Grupo AME O SEU CORAÇÃO que vivenciaram a intervenção proposta com muito carinho, formando um ciclo de amizade e vínculo que ficará para sempre.

Às alunas do curso de nutrição do Centro Universitário Claretiano que colaboraram com dedicação na coleta de dados, Caroline e Tássia.

Ao professor Antônio Eduardo do Centro Universitário Claretiano que com dedicação planejou e executou os exercícios físicos com as pacientes.

A minha amiga Ana Paula que me auxiliou na coleta de dados.

Ao Centro Universitário Claretiano que abriu espaço para a realização da intervenção proposta, agradeço à coordenadora do curso de Nutrição Prof^a Dr.^a Fabíola Rainato Gabriel de Melo.

Aos amigos da pós-graduação que estiveram presentes nessa etapa, em especial a Daniela Elias e a Flávia.

Aos funcionários da pós-graduação, cito a Cláudia, Laura e Sônia que sempre me atenderam quando necessitei.

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”

Paulo Freire

1. Capítulo 1 - REVISÃO DA LITERATURA

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	As dimensões do espaço social alimentar.....	42
------------------	--	----

2. Capítulo 2 - INTERVENÇÃO EDUCATIVA FUNDAMENTADA NA TEORIA FREIREANA: EXPERIÊNCIA EM MULHERES COM DOENÇAS CRÔNICAS METABÓLICAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição das participantes e desistentes da intervenção educativa no T1, segundo variáveis sociodemográficas. Batatais, SP, 2011.....	72
Tabela 2.	Comparação entre os grupos da avaliação antropométrica composição corporal e indicadores bioquímicos no T1. Batatais, SP, 2011.....	74
Tabela 3.	Distribuição das medianas, valores mínimos, valores máximos, das variáveis antropométricas, composição corporal, bioquímica sérica e consumo alimentar das participantes, antes e após a intervenção, Batatais, SP, 2011.....	75
Tabela 4.	Caracterização do consumo alimentar, realizado por QFC, das mulheres segundo porções de grupo de alimentos, antes e após a intervenção. Batatais, SP, 2011.....	77

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Distribuição das participantes e desistentes da intervenção segundo o percentual de perda de peso. Batatais, SP, 2011.....	73
-------------------	--	----

3. Capítulo 3 - O PROCESSO EDUCATIVO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO EM GRUPO DE MULHERES COM DOENÇAS CRÔNICAS METABÓLICAS

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Caracterização dos sujeitos entrevistados: dados sócios demográficos e nutricionais. Batatais, SP, 2011.....	99
Quadro 2.	Distribuição dos encontros educativos segundo cronograma e objetivos.....	101

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção básica a saúde
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
CA	Circunferência abdominal
CC	Circunferência da cintura
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
CQ	Circunferência do quadril
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DHAA	Direito humano a alimentação adequada
EAN	Educação alimentar e nutricional
ENDEF	Estudo Nacional de Despesa Familiar
IMC	Índice de Massa Corporal
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MG	Massa Gorda
MM	Massa Magra
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
%GC	Percentual de Gordura Corporal
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
QFC	Questionário de frequência de compra
RCQ	Relação Circunferência da cintura com Circunferência do quadril
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Teorias cognitivas comportamentais

No Brasil, assim como no mundo todo, as doenças crônicas metabólicas vem crescendo progressivamente com a transição epidemiológica, sendo responsáveis pela redução da qualidade e da expectativa de vida da população. A alimentação e o estilo de vida estão entre fatores comportamentais que podem ser modificados com vistas no controle dessas doenças. O objetivo do presente estudo foi avaliar quantitativamente e qualitativamente os resultados de um programa de educação alimentar e nutricional associado à prática de atividade física com mulheres portadoras de doenças crônicas metabólicas em uma Unidade Básica de Saúde situada em município de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo. Para esse fim, 19 mulheres na faixa etária entre 37 e 60 anos, foram acompanhadas num programa educativo em alimentação e nutrição associado à prática de atividade física, com duração de seis meses, fundamentado na teoria educacional freiriana, com frequência de reuniões semanais e prática de atividade física duas vezes na semana. Para a avaliação foram utilizadas ferramentas de análise quantitativa e qualitativa. Foram coletados dados antropométricos, de composição corporal, exames bioquímicos, avaliação nos níveis pressóricos, de consumo alimentar (recordatórios alimentares de 24 horas e questionário de frequência de compra), bem como foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, seguidas da análise e categorização dos conteúdos que foram confrontadas com a literatura pertinente. Todas as variáveis de análise foram comparados no pré e pós-intervenção. A maior parte das mulheres se caracterizaram como donas de casa, das quais 58% permaneceram até o final de seis meses. Foi identificado Índice de Massa Corporal (IMC) médio de 28,84 Kg/m² e de 36,5 Kg/m² entre participantes e desistentes, respectivamente no início do estudo. Após a intervenção ocorreu redução significativa ($p<0,01$) no IMC das participantes (27,99 Kg/m²) e no percentual de massa gorda ($p<0,01$), com 36,4% das mulheres, que permaneceram no programa até o final de estudo, redução de 5% ou mais no peso corporal. Não foram observadas diferenças nas variáveis bioquímicas e níveis pressóricos avaliados no pré e pós-intervenção. No consumo alimentar ocorreu aumento significativo na ingestão de alimentos do grupo de leite e derivados ($p=0,02$) e redução na ingestão de carnes, ovos, frituras e açúcares. A análise dos conteúdos das entrevistas mostrou que as mulheres estavam em momentos distintos em relação ao manejo da doença crônica, ao adoecimento, a capacidade de aprendizado e de mudança de comportamento. Algumas demonstravam baixa capacidade de priorizar-se no cuidado com a doença, e até mesmo recusa em participar do programa. A prática educativa representou, na visão dos sujeitos um espaço de troca, de escuta, de aprendizado, expressado por algumas com gratidão. Conclui-se que o processo educativo foi importante para a evolução clínica das participantes com redução do peso, IMC e percentual de massa gorda, sendo o excesso de peso um fator associado negativamente a adesão ao programa; foi ainda constatado que o processo de mudança de hábito vai além dos fatores biológicos, é dependente do momento de vida de cada sujeito influenciado pelos fatores socioeconômicos, culturais e psíquicos.

Palavras-chave: Educação Alimentar e Nutricional; Educação em Saúde; Processo Educativo; Atenção Primária à Saúde; Doenças Crônicas.

ABSTRACT

In Brazil as in worldwide, chronic metabolic diseases have progressively increased with epidemiologic transition, and caused a reduction in quality and expectancy of life of population. With the purpose of controlling such diseases, changes in behavioral factors, including food and lifestyle, can be made. The aim of this study was to quantitatively and qualitatively evaluate the results from a food and nutrition education program associated with physical exercise in women with metabolic chronic diseases at a primary health care unit in a small city in the state of Sao Paulo. Nineteen women between 37 and 60 years old were followed up during a food and nutrition education program based on Freire's educational theory, consisting of weekly meetings and physical exercises twice a week. Both quantitative and qualitative data were used for analyses. Anthropometric and biochemical data, body composition, blood pressure and food consumption (by 24 hour food recall and frequency questionnaire of food purchasing) were collected. Also, semi-structured interviews followed by content analyses and classification accordingly with pertinent literature were performed. All variables in the end of intervention were compared to pre-interventional values. Most women were housewife, and 58% of participants adhered to the whole 6-month program. Before the intervention, mean Body Mass Index (BMI) of adherent participants and those that dropped out were 28.84 Kg/m² and 35.50 Kg/m² respectively. After the intervention, participants had a significant reduction ($p<0.01$) in BMI (27.99 Kg/m²) and fat mass percentage ($p<0.01$), and 36.5% of adherent patients had a reduction equal or greater than 5% in body weight. No difference in biochemical variables or blood pressure was observed after the intervention compared to pre-interventional values. A significant increase ($p=0.02$) in consumption of milk and dairy products, and a decrease in consumption of meat and eggs, fried foods and sugar was observed. Content analyses of interviews demonstrated that participants were in different stages of chronic disease management, illness, learning ability, and behavioral changes. Some participants showed low capacity of giving themselves priority for disease management, and even refusal of taking part of the program. The educational practice was seen as a place for exchange, listening, learning and, by some subjects, for gratefulness. In conclusion, the educational process was important for participants' clinical improvement, including reduction of body weight, BMI and fat mass percentage. Overweight was negatively associated with adherence to the intervention. In addition, the study showed that changing habits is not only a biological process, but depends on each subject's moment of life, which is influenced by socioeconomic, cultural and psychic factors.

Key-words: Food and Nutrition Education; Health Education; Educational Process; Primary Health Care; Chronic Diseases.

APRESENTAÇÃO

A ideia de desenvolver este trabalho surgiu a partir do meu percurso como docente e supervisora de estágio, em Unidade Básica de Saúde, do curso de Nutrição do Centro Universitário Claretiano em Batatais-SP e de minha experiência em projetos de Educação Nutricional desenvolvidos no Centro Paula Souza, outra instituição de ensino em que atuo.

Desde minha graduação na Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) tive a oportunidade de participar de projetos de pesquisa científica integrando o grupo PET – Nutrição (Programa Especial de Treinamento), quando além de projetos de pesquisa, eram desenvolvidos trabalhos de extensão com a comunidade com orientação alimentar e nutricional e palestras com alunos da graduação, o que me influenciou a busca de conhecimento após a graduação. Cursei o Mestrado na área de Saúde Pública na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-SP, trabalhando com avaliação da composição corporal e nutricional de adolescentes do município de Ribeirão Preto, quando tive a oportunidade de cursar uma disciplina na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sobre métodos educativos, educação participativa e crítica, técnica da problematização, estudando obras do educador Paulo Freire.

Desde 2006 desenvolvo grupos de educação alimentar e nutricional em Unidade Básica de Saúde, situada dentro do Campus do Centro Universitário em que trabalho. A partir dessa vivência foi possível identificar o quanto as práticas em educação alimentar e nutricional são importantes para o cuidado de indivíduos com Doenças Crônicas não Transmissíveis e a promoção da saúde. Contudo, era necessário me aprofundar nas técnicas metodológicas para desenvolver as intervenções educativas e no processo de avaliação do método utilizado.

Para isso, busquei o doutorado no desejo de aprofundar-me na compreensão do processo de educação em saúde, especificamente de alimentação e nutrição. Percebi que para o cuidado do doente crônico é necessário desenvolver a “escuta e o olhar” no sujeito de maneira ampla, compreendendo além dos aspectos biológicos da doença, os aspectos sociais, culturais, psíquicos, econômicos, políticos, relações humanas, que envolvem o manejo da doença.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
1. CAPÍTULO 1: Referencial Teórico.....	22
2. CAPÍTULO 2: Intervenção educativa fundamentada na teoria freireana: experiência em mulheres com doenças crônicas metabólicas	58
3. CAPÍTULO 3: O processo educativo em alimentação e nutrição em grupo de mulheres com doenças crônicas metabólicas.....	88
4. CONCLUSÕES.....	124
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	126
Apêndices.....	129
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	130
Apêndice B - Recordatório de 24 horas.....	131
Apêndice C - Questionário de frequência de aquisição de alimentos pela família.....	132
Apêndice D - Avaliação antropométrica.....	136
Apêndice E - Avaliação socioeconômica.....	137
Apêndice F - Roteiro de entrevista inicial.....	138
Apêndice G - Roteiro de entrevista final.....	139
Anexos.....	140
Anexo A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Claretiano de Batatais.....	141

INTRODUÇÃO

As causas do adoecer e morrer do homem no século XXI retratam uma situação de saúde, que combinam a transição demográfica e a transição epidemiológica caracterizadas pela diminuição da natalidade e mortalidade por causas evitáveis tais como: redução da mortalidade infantil, de pré-escolares, crianças, adolescentes, mulheres no período reprodutivo e adultos jovens, o aumento da expectativa de vida que, em algumas nações desenvolvidas, chega a atingir mais de 80 anos de idade. Nessa transição epidemiológica há aumento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT): hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, obesidade, alguns tipos de câncer e doenças degenerativas do sistema nervoso central. Nessa mudança do perfil de morbimortalidade o componente alimentar e nutricional configura-se como um fator fundamental (BATISTA FILHO; BATISTA, 2010).

No Brasil essa situação apresenta uma peculiaridade: a coexistência do adoecimento por DCNT com os antigos males à saúde advindos de doenças infecciosas e carenciais, o que demanda a necessidade de formulações de políticas públicas que visem atingir essa situação de adoecimento e de transição demográfica (MEDEIROS, 2011; MENDES, 2012).

Em relação ao componente alimentar, o século XX foi marcado por mudanças, no perfil de consumo alimentar, ocorridas em todo o mundo relacionadas ao aumento do consumo de alimentos processados de origem animal, da ingestão de açúcares e gorduras (VELOSO; FREITAS, 2008). Nesse sentido, o aumento do consumo de açúcar refinado pode ser um dos alimentos que apresentou maiores consequências sociais, culturais e biológicas, exercendo influência na etiologia de doenças e na história econômica (CARNEIRO, 2003). Essas alterações no comportamento alimentar refletiram em alterações dietéticas desde a aquisição até o preparo do alimento, modificando assim as preferências e o paladar, ampliando a diversidade de preparações. Veloso e Freitas (2008) discutem que as dietas tradicionais estão sendo substituídas por um novo padrão alimentar que atinge o mundo de maneira globalizada e ocidentalizada.

No Brasil essa tendência é evidenciada nos estudos de base populacional. No período entre as décadas de 1970 a 1990, ocorreu aumento de 400% do consumo de produtos industrializados, principalmente de refrigerantes e biscoitos. Entre os anos de 1975 a 2009, houve 60% de redução na aquisição do arroz branco e 49% na de feijão. No período compreendido entre 1974 e 2003, os produtos que se destacaram no aumento de consumo foram: o refrigerante de guaraná (490%) e o iogurte (702%), com pequena queda dos mesmos entre 2003 a 2009, 22% e 16% para guaraná e iogurte, respectivamente. Esse aumento de industrializados ocorreu em detrimento do consumo de frutas e hortaliças, contribuindo para o crescimento do excesso de peso e o aumento de DCNT (hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, dislipidemias) (IBGE, 2010).

Situações de profundas transformações nas práticas alimentares dos brasileiros, citadas no parágrafo anterior, justificam a necessidade de ações em educação alimentar e nutricional na Atenção Básica à Saúde (MEDEIROS, 2011).

Em conformidade com esse processo, o nutricionista é um profissional em alimentação e nutrição (segundo a Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) 380/2005) capacitado ao trabalho na área de saúde coletiva, em políticas e programas instituídos em atenção básica e em vigilância sanitária, com ações de alimentação e nutrição tanto de caráter individual - atendendo a demanda do serviço, quanto em caráter coletivo - atuando na educação em saúde e nutrição com grupos educativos e terapêuticos, configurando ações de promoção e recuperação à saúde (CFN, 2005). A atuação do nutricionista nessa área contempla o avanço nas políticas públicas voltadas para ações de alimentação e nutrição com recomendações alimentares para prevenir e controlar as doenças crônicas não transmissíveis, muitas dessas ações são direcionadas à atenção primária à saúde (RIBEIRO et al., 2011).

Orientações quanto às práticas educativas em alimentação e nutrição, direcionadas ao controle das DCNT, quanto à promoção de hábitos alimentares saudáveis, sustentáveis e à valorização da cultura alimentar popular e a valorização do investimento em estratégias e métodos comprovadamente eficazes em EAN estão descritos e discutidos no Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para as Políticas Públicas que cita o método educacional de Paulo

Freire como inspirador de técnicas de educação em saúde desde 1980, com ações educacionais críticas, contextualizadas, que valorizem o conhecimento popular, e assumam relações horizontais entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 2012).

A EAN acompanha a evolução prática e conceitual da educação em saúde, compreendida como ações voltadas a aumentar a autonomia dos sujeitos no manejo da doença, essenciais à melhoria da saúde coletiva e da individual, direcionadas à qualidade de vida e à ampliação da consciência político-sanitária (BRASIL, 2012).

Desta forma, a EAN como uma ação em educação em saúde deve ser pautada em práticas educativas que considerem as vivências dos sujeitos envolvidos; suas experiências subjetivas e objetivas no manejo da doença, influenciados pela cultura, inserção social e pelos fatores econômicos (BRASIL, 2012). Além disso, visa a difundir conhecimentos práticos da ciência da Nutrição que conduzam à autonomia na escolha de alimentos saudáveis que contemplem o cotidiano do indivíduo, suas necessidades nutricionais, fatores emocionais ligados à comensalidade e ao prazer e relevantes à qualidade de vida (BOOG, 2004). As estratégias educacionais que apoiam esse processo devem contemplar o diálogo conduzindo os indivíduos à autonomia, à visão crítica de suas experiências de vida, contemplando a emancipação, a curiosidade e o questionamento quanto aos seus direitos à saúde, à segurança alimentar e nutricional e às atitudes no manejo da doença. A prática pedagógica participativa, definida por Paulo Freire (2008), contempla as estratégias educacionais dialógicas citadas, a saber, quando o homem é sujeito da práxis e o educador deve levá-lo a refletir sobre a sua realidade buscando adquirir consciência crítica, comprometendo-se com a mudança de comportamento. Isso possibilita aos homens serem educados através das relações humanas mediadas pelo mundo, com o princípio de que “ninguém educa ninguém”, mas o homem deve ter a consciência de que é o sujeito de sua práxis individual e de que essa é mediada por uma práxis histórico-social coletiva.

A diversidade metodológica utilizada nos estudos de intervenção de educação em saúde e de EAN, dificulta a comparação dos resultados evidenciados. Além disso, devido ao processo educacional envolver fatores psicológicos, sociais, culturais, seus resultados devem ser identificados de forma objetiva e subjetiva. Os

pesquisadores que avaliam as intervenções de EAN com doentes crônicos vivenciam um desafio para expressar a efetividade dessas intervenções, pois o tratamento da DCNT deve ser composto de ações terapêuticas de longa duração, que evidenciam menor adesão, vinculada ao empenho e à motivação dos doentes; à mudança de comportamentos; à aquisição de estilo de vida saudável com melhora no manejo da doença (ALVAREZ; ZANELLA, 2009; BUENO et al., 2011).

Vários estudos com programas de intervenção em saúde, referem-se a dificuldade de avaliar a eficácia dos programas, a viabilidade e aceitabilidade dos sujeitos participantes, pois dependendo da duração da intervenção, a diferença pode não ser evidenciada na condição clínica dos sujeitos; mas os aspectos subjetivos devem ser avaliados, quanto à aquisição de conhecimento, à mudança de comportamento, e ao manejo da doença crônica (MAULDON et al., 2006). Para a avaliação desses aspectos subjetivos são necessárias metodologias qualitativas, que busquem a compreensão da realidade humana socialmente vivida; os aspectos que se referem aos valores culturais, às representações históricas, às relações pessoais e institucionais, aos movimentos sociais, aos processos históricos e à implantação de políticas públicas (MINAYO, 2008).

Para a intervenção em saúde ter aceitabilidade, viabilidade e eficácia é necessário apresentar linguagem acessível à população alvo, considerar suas crenças culturais, seu meio social e as orientações nutricionais que já possuem (MAULDON et al., 2006).

Diante dessas considerações, o objetivo do presente estudo foi avaliar quantitativamente e qualitativamente os resultados de um programa de educação alimentar e nutricional, associado à prática de atividade física, com mulheres portadoras de doenças crônicas metabólicas em uma Unidade Básica de Saúde, situada em município de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo.

O trabalho educativo foi pautado na metodologia educacional popular participativa, referida por Paulo Freire (2008), e parâmetros quantitativos e qualitativos foram empregados para avaliar os resultados da intervenção, pois as mudanças no comportamento alimentar são permeadas de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais que balizam o significado do comer para o sujeito do processo (POULAIN; PROENÇA, 2003). As mudanças não devem ser impositivas,

mas devem buscar o uso de metodologias que conduzam o sujeito a problematizar seu comportamento e a imprimir nele a responsabilidade sobre seu autocuidado.

O presente estudo de doutorado foi dividido em capítulos. No capítulo I é apresentado o referencial teórico que embasou os capítulos seguintes ao indicar demandas e desafios para a educação em saúde, especificamente a EAN nas doenças crônicas metabólicas. No capítulo II é apresentado um artigo que discute os resultados clínicos quantitativos obtidos entre mulheres participantes do processo educativo proposto. No capítulo III, um artigo qualitativo que discute e analisa os aspectos subjetivos dos sujeitos frente à experiência terapêutica vivenciada. E no final é apresentada a conclusão geral do estudo.

REVISÃO DA LITERATURA

A demanda por orientação alimentar e nutricional tem crescido nos últimos anos frente ao avanço das doenças crônicas e reconhecida influência dos hábitos alimentares sobre a ocorrência dessas doenças. Elas são responsáveis pela redução da qualidade e expectativa de vida da população. Uma condição crônica cada vez mais prevalente no mundo é a obesidade que é um fator de risco para outras doenças: hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, alguns tipos de câncer, doenças ósseas. Seu tratamento é prolongado e a adesão a dietas restritivas e ao tratamento nutricional é um fator limitante (RODRIGUES; SOARES; BOOG, 2005; TORRES et al., 2011).

As práticas de educação alimentar e nutricional (EAN) com abordagens múltiplas que busquem a compreensão do sujeito a partir de seu contexto social, econômico, cultural, histórico, psíquico, podem contribuir para que o sujeito entenda a sua condição frente à doença que possui e conduza-o ao melhor manejo da doença (BOOG, 2013).

Para a melhor compreensão das ações de EAN na promoção à saúde e controle de doenças crônicas nesse texto são apresentados marcos histórico e conceitos envolvendo a EAN e discute os fatores que envolvem a mudança de vida e o comportamento alimentar para problematizar a atuação do nutricionista na atenção básica.

Histórico da Educação Alimentar e Nutricional nas políticas públicas brasileiras

As práticas e as políticas públicas em educação alimentar e nutricional (EAN) tem sido amplamente discutidas por diferentes autores como Boog (1997, 1999, 2004, 2010, 2012), Valente (1989), Santos (2005), Lima (2000), Bezerra (2012) e outros. Em maio de 2012 foi publicado pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para as Políticas Públicas tendo como objetivo a promoção de reflexão e orientação quanto às práticas em EAN.

Para compreender melhor a EAN no contexto atual de políticas públicas do Brasil é necessário fazer uma retrospectiva histórica do surgimento da EAN como uma prática organizada, o que ocorre na década de 30, quando são instituídas as leis trabalhistas com a criação das cestas básicas e acontecem os estudos de Josué de Castro sobre a fome no Brasil, sendo que nessa época as estratégias educativas eram dirigidas aos trabalhadores e limitavam-se a ensinar os indivíduos a se alimentarem corretamente (BRASIL, 2012a).

Nas décadas de 50 a 60, segundo estudo de Boog (1997), pesquisadora que nesta época não utiliza o termo EAN, mas educação nutricional, as ações eram relacionadas às campanhas de incentivo ao consumo de soja e seus derivados, privilegiando interesses econômicos da época. Na década de 60, as medidas adotadas privilegiavam a suplementação alimentar, com atividades de combate as carências nutricionais específicas.

Na década de 70 há uma modificação no cenário da educação nutricional a partir das informações difundidas pelos estudos populacionais – Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF), quando se passa a considerar a renda familiar um obstáculo à alimentação “dita como adequada”. Com a substituição do binômio alimentação/educação para o binômio alimentação/renda, surge uma rejeição às estratégias de educação nutricional, as quais eram consideradas como estratégias que ensinavam o pobre a comer partes não convencionais dos alimentos, habitualmente desprezadas, como por exemplo, as cascas (consideradas ricas em nutrientes). Assim, a educação nutricional ficou distante por duas décadas de programas de saúde pública, mas não deixou de ser utilizada pelos nutricionistas devido à necessidade de tratamento para várias enfermidades por meio da dietoterapia (BOOG, 1997 e 2003; BRASIL, 2012a).

Em meados da década de 1980 a educação alimentar e nutricional foi revalorizada e fortemente inspirada pelas teorias educacionais de Paulo Freire. Assim, inicia-se uma reflexão da melhor forma de promover práticas alimentares saudáveis visando a democratização e a equidade com técnicas educacionais que promovessem a crítica, relações horizontais entre educador e educando, valorização dos saberes e práticas populares (BRASIL, 2012a).

Também na década de 80, o professor Flávio Valente reúne experiências de vários autores e publica o livro “Fome e desnutrição: determinantes sociais” no qual relata como era tratada, naquela época, a fome e a desnutrição e faz referência a como eram embasadas as intervenções, tecendo uma crítica sobre a educação nutricional tradicional e a busca por uma educação nutricional crítica.

Nessa publicação, Valente (1989) fazendo referência sobre os problemas nutricionais brasileiros, a fome e a má nutrição, já discute o contexto do papel do educador nutricional. O método utilizado de educação nutricional era baseado nas causas da má nutrição, referenciadas como: a ignorância ou carência de motivação em utilizar ativamente os recursos disponíveis, o que, muitas vezes, impedia a percepção clara do educador das causas primárias da desnutrição. A tradicional educação nutricional focava-se na função dos nutrientes no ser humano e no preparo e armazenamento de alimentos. Contudo, Valente já no final da década de 80 descreve que o educador nutricional deve levar em consideração os meios de acesso aos alimentos e que as metas da educação devem ensinar a população a utilizar melhor os recursos que lhe são disponíveis.

Além disso, é importante que o educador nutricional considere a existência de doenças relacionadas à modernização e ao consumo alimentar excessivo, como por exemplo: doenças cardíacas, obesidade, câncer de colón, devendo realizar uma análise profunda da demanda grupal. Valente discute que a construção da metodologia de uma educação nutricional crítica não deve ser prefixada, mas deve estar em sintonia com o problema da sociedade ou indivíduo em questão (VALENTE, 1989) e, fazendo referência ao pioneiro trabalho de Saviani (1983), cita os princípios básicos: existe uma igualdade entre os seres humanos; o processo educacional é socialmente condicionado; a educação nutricional deve difundir conhecimentos necessários ao grupo social para a transformação da realidade; e por último ter a consciência que os processos educacionais não são capazes de eliminar as diferenças existentes entre classes sociais, essas transformações exigem ações políticas.

Já na década de 2000 a EAN passa por uma revalorização política e social, a partir da implantação do Programa Fome Zero (PFZ) em 2003, atuando primeiramente em campanhas publicitárias e palestras sobre educação alimentar e

para o consumo e a sua inclusão no currículo escolar de primeiro grau (BRASIL, 2012b). O PFZ, na proposta original do Instituto de Cidadania, alertou sobre a importância da EAN no controle da publicidade e rotulagem de alimentos e atuou nas Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos Industrializados (INSTITUTO CIDADANIA, 2001). Em 2003 há o aumento de sua atuação no campo de restaurantes populares, banco de alimentos, fortalecimento da agricultura familiar, requalificação do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) (BRASIL, 2012a).

No período de 1999 a 2012 ocorreu uma clara evolução política-educacional na forma como é vista a EAN na publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), do Ministério da Saúde. Na primeira versão da PNAN, de 1999, tinha como uma de suas diretrizes a “Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis” com ações voltadas para a socialização do conhecimento sobre alimentação e a prevenção dos problemas nutricionais. Já em 2012, em segunda versão, a EAN está presente no contexto da diretriz “Promoção da Alimentação Adequada e Saudável” focando práticas direcionadas a realidade local, problematizadoras e construtivistas, visando o diálogo entre a população e profissionais de saúde para que haja autonomia nas práticas de autocuidado. As equipes de saúde são estimuladas a terem um olhar amplo na sua atuação, transcendendo as suas ações para além das unidades de saúde, estabelecendo parcerias com diferentes organizações sociais locais (BRASIL, 2003; BRASIL, 2012b).

A EAN assume grande importância no Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional havendo quatro dos seis objetivos propostos, relacionando diretamente a EAN, sendo definidas metas para o período de 2012 a 2015. Os objetivos são: assegurar processos permanentes de EAN e de promoção da alimentação adequada e saudável, valorizando e respeitando as especificidades culturais e regionais dos diferentes grupos e etnias, na perspectiva da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e da garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA); estruturar e integrar ações de EAN nas redes institucionais de serviços públicos, de modo a estimular a autonomia do sujeito para produção e práticas alimentares adequadas e saudáveis; promover ações de EAN no ambiente

escolar e fortalecer a gestão, execução e o controle social do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), com vistas à promoção da segurança alimentar e nutricional; e estimular a sociedade civil organizada a atuar com os componentes alimentação, nutrição e consumo saudável (BRASIL, 2011).

Após revisar os principais marcos históricos do processo de evolução e construção das ações de EAN no Brasil, fez-se necessária uma reflexão sobre o conceito de educação, educação em saúde e educação alimentar e nutricional para, em seguida, entrar na discussão dos múltiplos fatores que envolvem o comportamento alimentar humano.

Educação, Educação em Saúde e Educação Alimentar e Nutricional

A educação é um processo que acompanha o ser humano na sua vida, desde a infância. Assim também é a educação alimentar. O contato da criança com a mãe, primeiro na amamentação, com os pais, professores, outras pessoas que convivem com a criança no meio social, a mídia, o médico exercem influência na sua educação alimentar. Ao referir a esses processos de cultura alimentar do próprio meio que a criança se relaciona, a expressão educação alimentar mostra-se como um termo apropriado (BOOG, 2013).

Atualmente há grande disponibilidade de alimentos no mercado, as escolhas do que comer são permeadas pelo conhecimento, pela cultura, pelas preferências, pelo poder aquisitivo, pelo significado atribuído ao alimento. As múltiplas informações vinculadas aos alimentos exigem que desde a infância haja um direcionamento às escolhas alimentares saudáveis, o que é mais do que educação alimentar, pois vai além das informações transmitidas pela família e pelo grupo social em que o indivíduo está inserido, faz-se necessário a utilização da educação nutricional oriunda do conhecimento científico em alimentação e nutrição devendo esta ser denominada de educação alimentar e nutricional (BOOG, 2013).

No contexto do DHAA e da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional apresenta a conceituação do termo EAN elaborada a partir de várias plenárias de reflexão sobre EAN:

“Educação Alimentar e Nutricional é um campo de conhecimento e prática contínua e permanente, intersetorial e multiprofissional, que utiliza diferentes abordagens educacionais problematizadoras e ativas que visem principalmente o diálogo e a reflexão junto a indivíduos ao longo de todo o curso da vida, grupos populacionais e comunidades, considerando os determinantes, as interações e significados que compõem o comportamento alimentar que visa contribuir para a realização do DHAA e garantia da SAN, a valorização da cultura alimentar, a sustentabilidade e a geração de autonomia para que as pessoas, grupos e comunidades estejam empoderadas para a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a melhoria da qualidade de vida.” (BRASIL, 2012a, pág. 8).

Deste modo, a educação alimentar e nutricional não perpassa apenas a transmissão de conhecimento técnico científico, pois a alimentação é um fenômeno que permeia corpo, mente, cultura e sociedade. Nela deve-se incluir a transmissão de informações, a compreensão por parte do educador da história de vida, da inserção social, da cultura e dos significados afetivos que justifiquem as práticas alimentares dos sujeitos envolvidos (BOOG, 2013).

É importante que ocorra entre o profissional (condutor do processo) e o sujeito (cliente) uma empatia, para que o diálogo entre eles seja a expressão do vínculo criado, que encoraje o sujeito a referenciar seus problemas, sua história de vida, seus desejos, seus objetivos perante o processo de educação alimentar e nutricional. Nessa concepção pode-se fazer referência à abordagem em educação nutricional do aconselhamento dietético (RODRIGUES; SOARES; BOOG, 2005).

Essa abordagem, da educação nutricional, pode ser utilizada para atendimentos individuais ou em grupos, busca proporcionar diálogo entre a pessoa que procura ajuda para solucionar o seu problema alimentar e o profissional nutricionista capacitado a analisar o problema alimentar no contexto biopsicossociocultural, que facilitará o trabalho de encontrar soluções de enfrentamento dos problemas alimentares trazidos na consulta ou no grupo (RODRIGUES; SOARES; BOOG, 2005). A motivação do profissional no processo de aconselhamento auxilia o paciente no sucesso na mudança de hábito alimentar, prática de atividade física e perda de peso (POLLAK, 2012).

Quando se discute EAN é necessário fazer uma diferenciação entre o conceito de orientação nutricional e educação nutricional. O primeiro relaciona-se a orientações específicas com rigor de técnicas de preparo de alimentos, horários de

refeições objetivando um cuidado imediato a um processo de doença, nessa prática há a prescrição de dieta e o profissional responsável figura-se como uma autoridade a ser seguida. Já a educação nutricional visa à formação de valores, a reflexão do comportamento alimentar e a busca do autocuidado e da autonomia em relação à alimentação e suas escolhas, a representação social do profissional responsável deve ser de um parceiro no enfrentamento dos problemas alimentares (BOOG, 1997).

A EAN muitas vezes se apresenta na vida do paciente em um momento de crise, quando a pessoa se depara com um processo de doença, sendo importante dimensionar a EAN no contexto de educação em saúde.

Para explicar o papel da educação em saúde no contexto da doença frente a um projeto de vida do indivíduo Boog (1997, pág. 15) faz referência a Pilon (1990): “a educação em saúde se define não apenas face à solução dos problemas, mas face à definição dos problemas enquanto tais, mercê de um enfoque compreensível e holístico do projeto de vida do homem”.

Ao se deparar com a expressão *educação em saúde*, para melhor compreendê-la, é importante fazer uma diferenciação entre essa e outras expressões: *educação para a saúde*, *educação e saúde* e *educação sanitária*.

A utilização da expressão *educação sanitária* se dá no Brasil na década de 1920, vinculada à criação de centros de saúde, seguindo o modelo norte-americano, objetivando ações para o progresso nacional. Já as expressões *educação para a saúde* e *educação em saúde*, surgem no final da década de 1960 com a reformulação da educação sanitária. A *educação para a saúde* remete a difundir normas que almejam atingir uma boa saúde. E o termo *educação em saúde*, utilizado nesse estudo, é compreendido como diferentes práticas que ocorrem no âmbito dos serviços de saúde e que podem se valer de experiências educacionais formais e informais. Informais que se valem de conhecimentos historicamente difundidos, preceitos e modos de vida expressos no cotidiano de um grupo social, já a educação formal é aquela que ocorre em instituições em um espaço formal criado para ações de ensino (PEREIRA, 1993).

Pereira (1993) refere que as primeiras tentativas de colocar em prática a proposta de *educação em saúde* ocorreram no século XIX com as doutrinas

higienistas que ganharam força com as descobertas bacteriológicas de Pasteur. A atenção era dada a um modelo biomédico que considerava a saúde-doença como um processo que emerge do corpo humano e nele é resolvido. Relacionavam os problemas de saúde à ignorância do povo. Desta forma, a *educação em saúde* seria substancial para ensinar o homem e moldá-lo. Schall e Struchiner (1995) também fazem referência a essas abordagens pedagógicas, eles referem que essas eram associadas ao higienismo direcionadas à transmissão de informações sobre a forma de transmissão das doenças com visão biomédica da saúde.

Posteriormente a *educação em saúde* atinge uma conotação “comunitária”, transferindo as causas das doenças da concepção individualista para a concepção social relacionada às condições de vida. O que leva a discussão do dever do Estado em proporcionar melhores condições de vida à população (PEREIRA, 1993).

Além disso, com a mudança no perfil de mortalidade e morbidade, com o aumento de doenças crônicas não transmissíveis, há o reconhecimento da influência do estilo de vida na etiologia das doenças, substituindo a ênfase no processo biomédico pela ênfase no comportamento individual e social. A concepção de *educação em saúde* abrange o processo de capacitar os indivíduos à responsabilidade social, através de suas escolhas pessoais para alcançarem a saúde (SCHALL; STRUCHINER, 1995).

Ao profissional de saúde cabe compreender que a aquisição de informações sobre a doença não é suficiente para a mudança de atitudes de prevenção de doenças, mas que toda ação educativa deve considerar os aspectos afetivos para a construção de conceitos e o desenvolvimento de valores pelos sujeitos envolvidos no processo (SCHALL; STRUCHINER, 1995).

Atualmente pensar em *educação em saúde* remete-nos a ações que considerem as condições de saúde-doença individuais e as relações socializadoras que permeiam esse processo. O processo de *educação em saúde* deve estabelecer uma relação conjunta entre os profissionais de saúde, os serviços de saúde e os pacientes.

A educação em saúde parte do pressuposto que para o sucesso do tratamento cabe ao profissional da saúde a compreensão dos comportamentos da população vinculados à saúde e à doença, sendo essencial para o desenvolvimento

de ações de prevenção e controle. Ações de intervenções baseadas somente no enfoque biomédico hegemônico, que negligenciam a experiência subjetiva do paciente apresentam resultados negativos em processos de educação em saúde (IERVOLINO; PELICIONI, 2001). É necessário considerar os aspectos biológicos, sociais e psicológicos do processo saúde-doença compreendendo a forma como as pessoas convivem com sua realidade existencial em seu contexto sócio-histórico-cultural e a subjetividade desse estado de saúde-doença (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

Considerando que o comportamento alimentar de um indivíduo é resultado de processos múltiplos como: processos biológicos, fatores sociais, econômicos, psíquicos, relações humanas e relações com o meio onde se vive, os pressupostos da educação em saúde se aplicam à EAN, visto que a mesma pode promover a capacidade da compreensão de práticas e comportamentos alimentares, contribuindo como um processo que propõe ao indivíduo condições para que lhe possibilite tomar decisões para o enfrentamento de problemas de cunho alimentar (RODRIGUES; SOARES; BOOG, 2005).

Nesta revisão fez-se também necessária a conceituação do termo comportamento alimentar para melhor compreensão e delimitação de seu campo conceitual.

Segundo Boog (2013) o termo comportamento refere a “maneira de proceder, procedimento ou conduta de uma pessoa”. Deste modo, o comportamento alimentar remete a todas as experiências vivenciadas ao longo da vida; o conhecimento adquirido, informações, crenças, mitos, valores culturais, opiniões, enfim todos os aspectos relacionados ao alimento e ao ato de comer. O comportamento alimentar apresenta dimensões em vários campos do saber: cognição, afetivo, psicossocial, antropológico, sendo essas as dimensões que deve abranger a educação alimentar e nutricional.

Rodrigues (2003) faz referência às autoras Motta e Boog (1984) quanto a definição de comportamento alimentar, que segundo elas engloba todas as práticas relativas à alimentação, desde a seleção, aquisição, conservação, preparo e consumo de alimentos, ressaltando que o mesmo é influenciado por multifatores; sociocultural, psicológico, educacionais e econômicos. Posteriormente, Diez Garcia

(1999) define práticas alimentares como sendo os “aspectos concretos da alimentação, desde escolha até preparação e consumo do alimento”. Essa mesma autora conceituou, em sua tese de doutorado, comportamento alimentar como sendo:

“Procedimentos relacionados às práticas alimentares de grupos humanos (o que se come, quanto, como, quando, onde e com quem se come: a seleção de alimentos e os aspectos referentes ao preparo da comida) associados a atributos socioculturais, ou seja, aos aspectos subjetivos individuais e coletivos relacionados ao comer e à comida (alimentos e preparações apropriadas para situações diversas, escolhas alimentares, combinação de alimentos, comida desejada e apreciada, valores atribuídos a alimentos e preparações e aquilo que pensamos que comemos ou que gostaríamos de ter comido).”

Essa definição de comportamento alimentar dada por Diez Garcia (1994, 1999) tem um caráter socioantropológico da alimentação. Mas é um conceito abrangente que contempla aspectos objetivos e subjetivos do sujeito frente ao seu comportamento alimentar. Definição essa, que será considerada nesse trabalho para discutir abordagens metodológicas para o estudo do processo de ensino aprendizagem em educação alimentar e nutricional.

Em relação ao processo de ensino aprendizagem a publicação do Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para as Políticas Públicas faz referência que já na década de 1980 a educação alimentar e nutricional foi revalorizada e fortemente inspirada pelas teorias educacionais de Paulo Freire. A teoria da problematização de Paulo Freire continua exercendo influência e é utilizada em práticas de educação em saúde e em EAN, promove uma relação de afeto entre educador e educando, valoriza os aspectos dos saberes populares transmitidos de gerações em gerações. Segundo os princípios propostos para ações educativas publicados no Marco de Referência de EAN para as Políticas Públicas a opção metodológica preferencial para um processo de ensino deve ser por “metodologias ativas, participativas e problematizadoras” visando ampliar a sustentabilidade das ações e mudanças desejadas.

Atualmente vários autores continuam utilizando a problematização em estudos em educação em saúde, como o estudo de Rodrigues; Soares e Boog (2005), Espírito Santo et al. (2008), Torrezan et al. (2012), Santos et al. (2012) e

Ross (2012). Ross (2012) refere que utilizando a abordagem freireana é possível problematizar temas de saúde dentro do contexto da vida e cultura dos sujeitos participantes do processo de educação em saúde, sendo possível o desenvolvimento de consciência crítica em saúde, buscando soluções dentro dos contextos culturalmente apropriados, conduzindo o indivíduo a responsabilidade sobre o seu cuidado.

Criscuolo; Monteiro e Telarolli (2012) em estudo de EAN com idosos evidenciaram que a EAN associada à educação problematizadora foi uma alternativa efetiva para a construção do conhecimento, controle de DCNT e do convívio social dos participantes.

Outros autores que trabalharam com o cuidado com o diabético em educação em saúde referiram que é necessário trabalhar os aspectos da educação continuada com os pacientes e a família abrangendo os aspectos comportamentais e psicológicos do paciente (BERRY et al., 2012).

É possível também utilizar as teorias da problematização juntamente com o aconselhamento dietético. O uso das duas técnicas favorece a reflexão sobre práticas concernentes ao comportamento alimentar dos sujeitos participantes do processo educativo, além de proporcionar a eles uma forma autônoma de criar estratégias de mudanças, mesmo que pequenas, em suas atividades de vida diária que contribuam para a melhora na qualidade da alimentação (RODRIGUES; SOARES; BOOG, 2005).

Segundo FREIRE (1983) a educação popular deve ter como objetivo fundamental aprofundar a consciência do homem-mundo frente à realidade em que vive utilizando a problematização.

A educação problematizadora é um método utilizado em práticas educativas para a formação de uma consciência crítica dos educandos, contrária à educação tradicional aprendida nas escolas em que o educador é o que educa e o educando é o educado, não apresentando espaço para ouvir os educandos (FREIRE, 1987). Há autores que contribuem filosoficamente para a compreensão da educação problematizadora como, por exemplo, Edgar Morin.

Morin (2003) descreve os sete saberes fundamentais à educação do futuro, os quais poderiam ser incorporados à EAN e à educação problematizadora. Os

saberes descritos são: as cegueiras do conhecimento, conhecimento permanente, ensinar a condição humana, ensinar a identidade terrena, enfrentar as incertezas, ensinar a compreensão e a ética do ser humano.

Segundo esse autor esses saberes se referem respectivamente: cegueiras do conhecimento: o conhecimento deve ser construído, devendo considerar o conhecimento do ser humano, sendo necessário desenvolver o estudo com base nas características mentais, cerebrais e culturais do conhecimento do ser humano; conhecimento permanente: promover um conhecimento que capacite o educando a compreensão de problemas globais e a partir disso inserir conhecimentos locais e parciais; ensinar a identidade terrena: ensinar a história da era planetária, referenciando que há comunicação entre todos os continentes, mostrar que todos os seres humanos compartilham de um destino comum através dos problemas de vida e morte; enfrentar as incertezas: ensinar estratégias que permitam o enfrentamento de imprevistos; ensinar a compreensão: a compreensão é essencial para a comunicação humana, constitui uma base fundamental para a educação para a paz; ética do ser humano: toda educação deve considerar a condição humana (indivíduo, sociedade e espécie), levar em conta a autonomia individual, a participação comunitária e a consciência humana (MORIN, 2003).

Os saberes referidos por Morin (2003) podem ser incorporados na prática do profissional em EAN com interesse em realizar um trabalho crítico. Como por exemplo, o item “ensinar a condição humana”. Na era planetária, na diversidade cultural, é necessário ao ser humano se reconhecer e situar-se na condição humana no mundo, ser visto como um ser indivisível e não fragmentado como tratado muitas vezes por alguns profissionais de saúde. É necessário ao educador ter uma visão ampla do desenvolvimento do ser humano; intelectual, afetiva e moral. O educador em EAN deve considerar a complexidade do processo; imprevistos, iniciativas inesperadas, acasos. Compreender e reaprender intensamente (MANÇO; COSTA, 2004).

A educação segundo Paulo Freire não deve ser apenas descritiva, tomada de uma forma de transferência, mas ela deve ser conduzida a levar o educando a vivê-la, a ser co-participativo do seu processo de conhecimento. Cabe ao educador não burocratizar o conhecimento. Para Freire (1996) o educador deve ser paciente e ter

a intelegibilidade dos fatos, dos conceitos e ter a tarefa de exercer a prática de entender, desafiar o educando a comunicar-se, a produzir a sua compreensão do que lhe é comunicado, fazer uma educação dialógica.

Schall e Struchiner (1995) ao abordarem práticas pedagógicas que influenciaram a prática educacional no contexto da educação formal, incluindo as práticas de educação em saúde fazem referência à abordagem político-social, que se desenvolveu após a Segunda Guerra Mundial, em vários países europeus. Nos países em desenvolvimento buscou possibilitar a participação ativa das camadas socioeconômicas menos favorecidas no processo político-cultural. No Brasil, Paulo Freire (2011) foi pioneiro, com sua pedagogia libertadora, valorizando as relações humanas.

Considerando que o homem é o sujeito da práxis, ele está inserido em um contexto socioeconômico e cultural, ao refletir sobre a sua realidade adquire uma consciência crítica e compromete-se com a mudança de comportamento, tornando-se sujeito de sua própria educação. Para Freire (2011) a educação tem um caráter amplo e seus métodos não devem ser opressores, mas dialógicos e problematizantes. Para ele essa relação dialógica entre educandos e educadores possibilita que os homens sejam educados através das relações humanas mediadas pelo mundo, referindo que “ninguém educa ninguém”, mas o homem deve ter a consciência que é o sujeito de sua práxis individual e que essa é mediada por uma práxis histórico-social coletiva.

Na ideia do profissional em EAN assumir em sua prática as teorias freirianas, buscando sempre problematizar as suas ações no processo educativo em educação em saúde, cabe a esse refletir sobre a sua prática de maneira crítica, voltando seu olhar para a sua própria práxis em EAN, sendo uma maneira fundamental de melhorar as próximas práticas, devendo é claro, como descrito por Freire (1996) ter um “distanciamento” epistemológico da prática enquanto objeto de sua análise, devendo dela “aproximar-se”. Quanto mais o profissional conseguir assumir como esta sendo a sua prática, e as razões por fazê-la dessa forma, ele terá maior capacidade de muda-la. Para ter a capacidade de mudar a sua prática para Freire é necessário ao educador fazer-se também sujeito daquela prática.

A educação popular vem sendo o principal referencial para as práticas educativas em EAN, mas há também autores que se utilizam de referenciais da psicologia, associados ou não às estratégias da educação popular. Também os conhecimentos de sociologia, mas especificamente da antropologia, tem subsidiado os profissionais da educação nutricional. As disciplinas que estudam o comportamento humano tem muito a contribuir com a EAN, seja nos processos de educação para a promoção da saúde ou nos processos de intervenção para o controle de uma doença já instalada, quando a alimentação muitas vezes faz parte da sua terapia.

Teoria de Kubler-Ross

Existem teorias comportamentais que buscam compreender o processo do adoecer para o indivíduo, o qual é importante para o desenvolvimento do comportamento alimentar. Uma dessas teorias é a de Kubler-Ross (2008), psiquiatra suíça que pesquisou sobre a morte, o morrer e a vivência do cuidado de pessoas com doenças crônicas. Sua teoria foi desenvolvida em estudo com pacientes portadores de doenças em fase terminal e sugere que o doente vivencia estágios para aceitação ou não do processo de adoecer.

O primeiro estágio é denominado de negação ou isolamento, essa negação inicial é uma defesa temporária, sendo logo substituída por uma aceitação parcial, o doente não admite seu estado de doença, nessa fase o profissional de saúde deve oferecer a escuta e não intervir na conscientização. Em todo paciente existe a necessidade da negação mais frequente no começo da doença do que no final da vida (KUBLER-ROSS, 2008).

O segundo estágio é a raiva, quando o indivíduo não consegue mais manter o primeiro estágio de negação, aflora um sentimento de raiva, revolta, inveja e ressentimento. É difícil aos profissionais de saúde compreender esse estágio, o qual denota sentimentos perante a inter-ruptura, as vezes prematura, das atividades de vida do paciente. Após passar pelo estágio de raiva o paciente assume o terceiro estágio, o de barganha, sendo uma tentativa de adiantamento e normalmente são feitas com Deus, nessa fase o doente pode querer negociar com o cuidador mudanças de comportamento visando prolongar a vida ou alcançar a cura. O quarto

estágio é a depressão, nessa fase o paciente não pode mais negar a doença, as vezes é submetido a cirurgias, outros tipos de tratamento, hospitalizações, podendo haver sentimento de perda; na depressão o paciente necessita da escuta atenciosa e da ajuda de profissionais de saúde que possibilitem buscar soluções para as suas queixas (KUBLER-ROSS, 2008; CEZARIO, 2012).

Quinto estágio é a aceitação, nessa fase o paciente vive um certo grau de tranquila expectativa. Os estágios terão duração variável, um poderá substituir o outro ou se encontrarem lado a lado; o que habitualmente persiste em todos os estágios é a esperança tanto do paciente como da família. Aos profissionais de saúde cabem compreender os estágios de aceitação da doença para melhor tratar do processo saúde-doença (KUBLER-ROSS, 2008).

A teoria de Kubler-Ross dos estágios do processo de adoecer é muito utilizada em estudos de enfermagem sobre os cuidados com pacientes em fase terminal. Iriarte et al. (2012) estudando o cuidado de portadores de hepatite aguda fulminante, utilizaram essa teoria para realizar a análise de como lidar com as fases identificadas por Kubler-Ross do processo de adoecer, e visaram demonstrar a importância do cuidado integral do paciente, dando atenção à família que é uma parte indispensável ao cuidado com pacientes em doenças crônicas ou agudas.

Outros estudos que também utilizaram essa teoria foi o de Germain (1980) e Assad (1997). O primeiro buscou a contribuição da teoria de Elisabeth Kubler-Ross para o desenvolvimento da visão holística do paciente, principalmente daqueles que vivenciam doenças sem prognóstico de cura, envolvendo o cuidador, refletindo sobre o enfrentamento da morte. O segundo investigou a história de vida de indivíduos transplantados renais através de entrevistas analisadas segundo a teoria evidenciando que a vida desses indivíduos era permeada por sentimentos ambivalentes de esperança e de medo do processo do transplante. Assim, o estresse gerado no doente e nos cuidadores pelo processo de adoecer aponta para a necessidade dos profissionais de saúde desenvolverem visão holística do ser humano, o que auxiliará no processo de reabilitação e cuidado (ASSAD, 1997). Nesse caso, é desejável a presença de uma equipe transdisciplinar que contribuirá para atendimento integrado ao paciente, possibilitando o cuidado dos mesmos em todas as fases da doença, auxiliando a reduzir o estresse do processo de adoecer e

contribuindo efetivamente para a educação em saúde conduzindo ao autocuidado (GERMAIN, 1980).

Além da teoria de Kubler-Ross descrever as reações dos indivíduos frente ao processo de adoecer e sugerir estágio de classificação para o processo de aceitação da doença a autora aborda o cuidado a pacientes gravemente enfermos, com destaque para a importância da escuta às necessidades e experiências vivenciadas pelos pacientes (KUBLER-ROSS, 2008; KOVÁCS, 2008). Há autores que estudam a teoria de Kubler-Ross ao pesquisar a Tanatologia, pois ela foi uma das pioneiras de estudos sobre a morte e o comportamento de doentes graves (KOVÁCS, 2008).

CEZARIO (2012) realizou um estudo por meio de entrevistas semi-estruturada que buscou identificar se profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem) se identificavam com as teorias propostas por Kubler-Ross para o enfrentamento da morte em sua prática profissional em Unidades de Terapia Intensiva, analisando o conteúdo dos discursos a luz dos cinco estágios de aceitação da doença definidos na teoria.

Outro autor que também buscou a contribuição das teorias de Kubler-Ross em seu estudo foi Egnaw (2005) para definir a cura e formas de auxiliar os médicos à promoção da cura holística. Nesse estudo foram feitas entrevistas com médicos, dentre eles Kubler-Ross que relata que alcançar a cura relaciona-se a pessoa adquirir a plenitude enquanto pessoa. Ainda referiu que o desenvolvimento da espiritualidade do paciente esta relacionado com o sofrimento, referindo que o sofrimento amadurece a espiritualidade do sujeito.

Egnaw (2005) ao estudar o processo de cura estabelece uma discussão sobre a atuação do médico nesse processo, o que pode ser considerado para a conduta dos outros profissionais da saúde. Segundo o autor, a medida que o médico tem uma proximidade com a história de vida dos pacientes, esses já não sofrem mais sozinhos, o paciente pode ser conduzido à reconstruir a sua identidade, desenvolver processos para transcender o sofrimento e a cura. O papel do médico passa a ser de médico-cuidador; ele deve orientar o paciente, ter a sensibilidade de envolver-se em diálogos sobre o sofrimento do doente. Contudo, poucos são os médicos capacitados a saber ouvir a história de vida de seus pacientes e terem uma

visão holística, assistência essa que poderia aumentar as chances de cura. Além disso, poderiam aumentar os estudos sobre os efeitos da espiritualidade e da religião sobre a cura de doenças. Essas atitudes podem estabelecer conexões entre o médico-paciente, explorando as histórias de vida, oferecer ajuda aos pacientes quanto ao significado de suas experiências em transcender o sofrimento. Ao ajudar os pacientes a transcender o sofrimento, os médicos superam seus papéis curativos para reivindicar sua herança como curadores.

Assim, as teorias psicológicas de Kubler-Ross auxiliam os profissionais de saúde a compreender o processo de aceitação ou não do adoecer e os influenciam a adquirir uma visão holística do paciente, com destaque à importância da escuta das necessidades e do sofrimento.

Em relação ao manejo da doença crônica a teoria de Kubler-Ross pode ser utilizada para desenvolver no profissional de saúde a escuta do paciente e da compreensão do momento que o mesmo está no processo de aceitação do adoecimento, considerando a diversidade do tempo, a intensidade e a valorização dos problemas. No caso de pacientes doentes crônicos as fases descritas por Kubler-Ross podem ser relacionadas aos aspectos emocionais emergentes no momento de descoberta do adoecimento crônico, que nem sempre é a negação a primeira reação, e essa não é somente o motivo da não adesão ao tratamento, mas alguns pacientes podem se sentir ameaçados pelas exigências dos profissionais de saúde ao tratamento que conscientemente respondem a isso com a negação ao seguimento das recomendações, essa atitude é uma adaptação a aceitação da doença, pois os processos de perda são constantes e o indivíduo tem que construir uma nova identidade (PILAR et al., 2008).

Fazer uso da teoria de Kubler-Ross pode auxiliar no desenvolvimento de processos de EAN com doentes crônicos, sendo um recurso ao profissional na compreensão do processo de adaptação do doente crônico ao manejo da doença, o qual é complexo e envolve múltiplas variáveis de dimensões psicossocial. A compreensão desse processo será fundamental no desenvolvimento de estratégias em EAN que favoreçam a mudança de comportamento alimentar e a prática de hábitos de vida saudáveis.

Abordagem antropológica, segundo a corrente sociocultural

Ao nos referirmos à abordagem antropológica faremos uso da expressão práticas alimentares em substituição ao termo comportamento alimentar, pois na antropologia utiliza-se a expressão práticas alimentares para configurar as escolhas alimentares de indivíduos ou de um grupo social.

Segundo Canesqui e Diez-Garcia (2005) a alimentação é um ato inerente a vida humana, através dele o ser humano obtém os nutrientes e calorias para manter adequado seu funcionamento corporal. Contudo, o ato de comer não envolve somente esse parâmetro biológico descrito, mas é permeado pelas escolhas, seleções, significados sociais, rituais relacionados ao meio social em que o indivíduo vive. Sendo assim, o ato de alimentar-se é um fenômeno sociocultural e histórico, modelado pela cultura de um povo e os efeitos do viver em sociedade, não cabendo um olhar unilateral para a compreensão das práticas e comportamento alimentar.

Ao escolher um alimento os indivíduos não consideram somente suas características nutricionais, ou apenas a produção agrícola e distribuição local de alimentos, mas a cultura de um povo, representações coletivas, crenças, rituais religiosos, condição socioeconômica, estágio da vida, gênero. Além do marketing, característico da sociedade capitalista, a qual muitas vezes dita expressões alimentares vinculadas aos interesses econômicos e políticos (CANESQUI; DIEZ-GARCIA, 2005).

A cozinha e a arte culinária traduzem expressões culturais envolvidas nos hábitos alimentares, segundo Maciel (2005, pág. 52) “o que é colocado no prato serve para nutrir o corpo, mas também sinaliza um pertencimento, servido como um código de reconhecimento social”. Elas expressam fenômenos históricos, tradições, procedimentos de manipulação de alimentos, tecnologia e ingredientes que se relacionam diretamente a regionalidade, a territorialidade, expressando a identidade social (CANESQUI; DIEZ-GARCIA, 2005).

Estudar os hábitos e práticas alimentares, nessa visão antropológica sociocultural da alimentação auxilia os profissionais dessa área a compreenderem as mudanças de ordem social que contribuem diretamente para melhorar ou piorar a qualidade de saúde e vida dos indivíduos (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010).

Alguns autores da antropologia que utilizam do referencial da psicologia para explicar a antropologia relacionada às escolhas alimentares referem que as representações sociais dos alimentos são um modo de explicação do acesso e do consumo, apresentam como enunciados culturais cuja compreensão deve ao estudo das crenças, mitos, tabus, para configurar o consumo, comportamento e práticas alimentares (FERREIRA, 2003; FREITAS et al., 2011). A concepção do indivíduo sobre determinados alimentos que podem ser: impuros, fracos, fortes, light, diet, reimoso, carregado, pesado configuram hábitos alimentares (FREITAS et al., 2011). No Brasil, a pluralidade do regionalismo, a herança colonial e as imigrações também traduzem hábitos alimentares, com peculiaridades no modo de preparo dos alimentos, nos alimentos habitualmente utilizados, e na mistura de alimentos, como por exemplo: feijoada, pirão, ensopados, etc. Importante destacar que os temperos utilizados no preparo dos alimentos também são expressões culturais que traduzem qualidade sensorial à comida (FREITAS et al., 2011).

No estudo das ciências sociais a alimentação se encontra em uma posição ambígua, ela pode ser vista e estudada como um fato social, pois é determinada pelos mecanismos sociais, por outro lado deve ser compreendida como um fenômeno biológico e psicológico (MOREIRA, 2010). A alimentação do ser humano apresenta condicionantes que devem ser estudados: um deles é o estatuto de onívoro, imposto aos indivíduos por mecanismos bioquímicos relacionados à nutrição e ao sistema digestivo, outros são os condicionantes ecológicos, que nas sociedades industrializadas se transformam em condicionantes econômicos. Pode-se utilizar a expressão “espaço social alimentar” para designar a zona de imbricação entre o cultural e o biológico. Ele demonstra a conexão bioantropológica de um grupo de pessoas ao meio que vivem (POULAIN; PROENÇA, 2003).

Poulain e Proença (2003), fazendo referência a Poulain (1999) é apresentada uma figura que ilustra os condicionantes para a formação do espaço social alimentar, expressão utilizada para designar o espaço de liberdade que os indivíduos apresentam para assumir suas escolhas ligadas à alimentação e a zona de interação entre os condicionantes biológicos, fisiológicos, ecológicos e culturais. Além disso, são apresentadas diferentes dimensões do espaço social alimentar:

ordem do comestível, o sistema alimentar, o espaço culinário, o espaço dos hábitos de consumo alimentar e a temporalidade alimentar (Quadro 1).

Dimensões do espaço social	Significado de cada dimensão
A ordem do comestível	Escolha alimentar do indivíduo operada segundo a oferta de alimentos de origem animal, vegetal, colocados a disposição em seu meio social.
O sistema alimentar	Conjunto de mecanismos por onde o alimento passa desde a coleta até a preparação culinária.
O espaço culinário	A cozinha representa um espaço social onde é possível transformar as mensagens de um grupo em algo comestível.
O espaço dos hábitos de consumo alimentar	Rituais que rodeiam o ato alimento segundo a cultura. Exemplo: comer utilizando garfo e faca, ou a mão ou colher, etc.
A temporalidade alimentar	A alimentação se insere em ciclos alimentares determinados. Como por exemplo, os ciclos de vida do homem, da infância ao envelhecimento.

Fonte das informações: POULAIN; PROENÇA, 2003.

Quadro 1. As dimensões do espaço social alimentar.

Segundo Poulain e Proença (2003), a oficialização da sociologia da alimentação deve-se a Edgar Morin, ele descreveu que as atividades biológicas mais elementares como; beber, defecar, comer são extremamente ligadas a normas, símbolos, mitos, rituais, relacionando diretamente com a cultura de um povo. Esses fenômenos complexos devem ser estudados com abordagens transdisciplinares em seus aspectos biopsico-socio-cultural.

É importante para entender o comportamento alimentar a compreensão dos conjuntos de regras que compõem a alimentação de um povo; o modo de preparo dos alimentos, o modo como os indivíduos comem e os mecanismos de união do grupo para comer, informações que auxiliam nas práticas de educação alimentar e nutricional (FREITAS, 1997; FREITAS; MINAYO; FONTES, 2011).

No Brasil, devido às diferenças culturais, raças e desigualdade social, marcada pela má distribuição de renda, os indivíduos convivem com disparidades nos hábitos alimentares. As classes mais favorecidas e com nível sociocultural elevado acrescentam em sua alimentação alimentos com redução na densidade

energética, os denominados “lights”, já para os menos favorecidos há uma conservação de alguns valores simbólicos do passado e do presente e maior preservação de seus hábitos regionais e socioculturais (FREITAS, 1997; RAMALHO; SAUNDERS, 2000). Para essa classe menos favorecida os alimentos são classificados em “forte ou fraco”; “ricos ou pobres”, “pesados ou leves”. Compreender os elementos simbólicos associados aos alimentos, os quais se diferenciam com a idade, sexo, grupos sociais e outras variáveis facilitam ao nutricionista a construção de sujeitos sociais que justifiquem as práticas alimentares e de vida (RAMALHO; SAUNDERS, 2000; MANÇO; COSTA, 2004).

O aumento da prevalência de doenças crônicas traduzem comportamentos e estilos de vida atuais, em relação à alimentação e aos estímulos mercadológicos, as técnicas de marketing que criam estímulos sensoriais e novas práticas alimentares centradas no hiperconsumo de alimentos densamente calóricos, ricos em gorduras e açúcares, criando ambientes que alguns autores o chamam de *obesogênicos* (FERREIRA, 2010). Conhecendo esse processo cultural de modulação das práticas alimentares, aos profissionais que trabalham nessa área cabe a compreensão das práticas alimentares, as quais são cercadas de aspectos ontológicos e que guardam autonomia do indivíduo. A dificuldade de deixar uma prática alimentar requer tempo e espaço para um novo aprendizado de novas práticas culturais que substituam outras e/ou se associem as antigas. Restaurando sempre o sentido das mudanças e a racionalidade substituindo a automação do gosto. A prática terapêutica do nutricionista deve ser repleta de diálogo e de novos significados dietéticos nas relações microssociais do indivíduo (FREITAS et al., 2011).

O alimento pode possuir conotações diferentes; relacionado, por exemplo, ao valor cultural e ao nutricional podendo afetar a prática alimentar; estimulando o consumo de alguns alimentos e excluindo nutrientes essenciais à alimentação. Entretanto, não se pode atribuir somente esses fatores às práticas alimentares de indivíduos, é necessário considerar os aspectos psicológicos do comportamento alimentar (MANÇO; COSTA, 2004) para que as ações de educação alimentar e nutricionais sejam apropriadas.

Desta forma, para compreender as decisões alimentares é necessário interdisciplinar campos de pesquisa de alimentação e nutrição juntamente com a

socioantropologia da alimentação para desenvolver uma visão pluri e transdisciplinar (POULAIN; PROENÇA, 2003).

Outros modelos para a compreensão do comportamento alimentar

Na abordagem das teorias cognitivas comportamentais (TCC) as cognições exercem influência controladora sobre as emoções e comportamentos, os pensamentos e emoções podem ser afetados profundamente segundo o modo de agir ou de comportamento dos indivíduos (KNAPP; BECK, 2008). Tem um papel fundamental nessa teoria o processamento cognitivo, o ser humano recebe e avalia continuamente os acontecimentos internamente ou no ambiente em que vive, suas cognições estão associadas às reações emocionais. As emoções e as respostas psicológicas estimuladas pelas cognições podem ser previsíveis. No modelo cognitivo-comportamental é incentivado o desenvolvimento e a aplicação de processos conscientes adaptativos de pensamento, como por exemplo, o pensamento racional e a resolução de problemas (WRIGHT et al., 2008).

A TCC utiliza meios que objetivem os pacientes a detectar e modificar seus pensamentos, especialmente os relacionados a sintomas emocionais, como por exemplo, ansiedade, depressão e raiva. Ensina a refletir sobre o pensamento para trazer as cognições autônomas à atenção e ao controle consciente. As técnicas comportamentais frequentemente utilizadas destinam-se a auxiliar os indivíduos a enfrentarem gradativamente situações temidas, romperem padrões de evitação, desenvolverem habilidades de enfrentamento e reduzirem emoções dolorosas (WRIGHT et al., 2008).

A EAN é um processo de aprendizagem que objetiva a mudança de comportamento alimentar, sendo que a TCC pode ser utilizada em um processo educativo como uma abordagem de tratamento que se baseia em preceitos sobre a função da cognição no controle da emoção e dos comportamentos humanos (WRIGHT et al., 2008). Lembrando que um processo de ensino e aprendizagem é concebido por diferentes correntes teóricas metodológicas. O ensino-aprendizagem deve ser concebido como um processo integrado, destacando o papel do educando e considerando a integração do cognitivo, do afetivo, do instrutivo, do educativo

como requisitos psicológicos e pedagógicos essenciais, contribuições da teoria construtivista de Piaget sobre a construção do conhecimento, estudando o processo de aprendizagem num contexto interpessoal (LINDEN, 2005).

As teorias cognitivas auxiliam não só a compreensão de como a pessoa assimila e acomoda o conhecimento no processo de adaptação cognitiva, mas também podem contribuir com modelos que ajudem a interpretar o comportamento das pessoas frente ao adoecimento e às demandas para mudança em relação aos comportamentos de risco.

Outra abordagem que pode auxiliar na compreensão do comportamento alimentar é a de base analítica que aceita conceitos elementares da psicanálise, principalmente, contribui para o entendimento do comportamento humano. No século XIX Freud já buscava explicações para os desvios do comportamento alimentar. Para ele o comportamento humano é motivado pelo instinto sexual e ao instinto de sobrevivência. Cada evento psíquico é determinado por uma rede de eventos que o precederam. O inconsciente é a parte que o sujeito ignora de si mesmo, é a pedra fundamental onde se apoia a personalidade (MOTTA et al., 2011).

Segundo estudiosos do comportamento, para a promoção do comportamento alimentar saudável ao longo da vida deve-se destacar a importância da amamentação e dos cuidados na primeira infância para o desenvolvimento psíquico da criança. O relacionamento mãe/filho está intimamente ligado à alimentação, é nesse primeiro contato que se organizam e se expressam conflitos. Para a psicanálise há determinantes inconscientes em fases primitivas do desenvolvimento de sua personalidade (NOBREGA, 2005).

A compreensão do desenvolvimento do recém-nascido, seu ato de alimentar, dependente da mãe dá início a tarefa de manter-se vivo. Em seguida o ato da mastigação é uma forma de resposta a impulsos essenciais ao desenvolvimento das funções do eu, importantes ao crescimento psicológico saudável e criativo. A fome biológica esta ligada a fome mental e emocional; para um desenvolvimento saudável emocional e social a criança deve ser bem orientada a ser ativa, aplicar os dentes no processo de mastigação, o que desestrutura o alimento fisicamente e mentalmente, aplica os dentes à agressividade positiva, sendo que a oralidade exerce função no desenvolvimento da personalidade (PIMENTEL, 2005).

Faz-se necessário identificar o *que* é a *fome* psicológica e *como* ela é gerada para compreender a origem do comportamento alimentar com um olhar multidisciplinar para as áreas: do desenvolvimento, mastigação e alimentação, pertencentes à três campos de estudo; psicologia, odontologia e nutrição. A *fome* pode não ser geradas por questões biológicas, mas por manifestações psicossociais primárias, as quais podem ser desenvolvidas na infância e refletidas na adolescência e na fase adulta. O desenvolvimento social e emocional saudável é reflexo de um conjunto de aprendizagens formais e informais, em relação ao comportamento alimentar, a mastigação e a digestão orgânica exercem influência sobre a nutrição psicológica. Ela é descrita como o provimento de alimentos afetivos indispensáveis para a formação da autoestima, do autoconceito do que é saudável e da capacidade de reconhecimento de si mesmo e do outro (PIMENTEL, 2005).

Nessa abordagem psicológica o profissional em alimentação e nutrição tem a função de criar condições favoráveis para que a pessoa atinja a autocompreensão, sendo necessário saber ouvir o indivíduo e encorajar as escolhas, emergir a fala inconsciente, resignificar suas práticas e reconstruir sua relação com o alimento e com o corpo (MOTTA et al., 2011).

Em síntese, ao se pensar em analisar o comportamento alimentar de adultos com doenças crônicas metabólicas utilizando referências de correntes psicológicas como a TCC e o referencial de base analítica nos faz ampliar a visão dos condicionantes do comportamento alimentar e não se contrapor a metodologia da problematização utilizada na prática educativa. Além disso, para a busca por uma visão ampla de compreensão do processo de formação do comportamento alimentar humano é relevante considerar também o referencial teórico da antropologia.

A prática da Educação Alimentar e Nutricional

Atualmente sabe-se que um componente fundamental para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis é o comportamento alimentar. O nutricionista é um profissional capacitado para orientar a população quanto a uma prática alimentar saudável. Segundo a Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) 380/2005, são regulamentadas as atividades do

nutricionista na atenção básica à saúde; atividades desenvolvidas em políticas e programas de atenção básica e vigilância sanitária. Atividades em promoção à saúde como, por exemplo, “planejar e executar ações de educação alimentar e nutricional, de acordo com o diagnóstico da situação nutricional”. Vigilância em saúde, nessa área dentre as ações descritas esta a de “promover e participar de programas de ações educativas, na área de Vigilância em Saúde” (CFN, 2013). Desta forma, é possível identificar que o nutricionista, dentre as suas atribuições, as ações de educação alimentar e nutricional são descritas em várias áreas de atuação, como por exemplo, na Atenção Básica a Saúde (AB).

Historicamente as ações em atenção primária à saúde voltadas aos cuidados em alimentação e nutrição foram descritas desde 1979 na Declaração de Alma-Ata (WHO; UNICEF, 1978), quando incluía ações em educação em saúde e promoção da alimentação e nutrição apropriadas dentre outras ações para a operacionalização da AB. Além disso, Vasconcelos (2011) considera que historicamente no Brasil desde essa mesma década evidencia-se avanços importantes para a expansão da atuação do nutricionista em saúde coletiva; foi implantado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição em 1970 com estratégias importantes de combate à fome e desnutrição: o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) com ampla concepção dos determinantes sociais dos problemas alimentares e a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que concebia a AB como estratégia primordial ao enfrentamento dos principais problemas de saúde da população brasileira.

Vieira (2013) discute que da década de 1970 até os dias atuais vários avanços e retrocessos ocorreram no sistema de saúde no Brasil com a implantação da AB, mas apesar disso hoje a Política Nacional de Atenção Básica é um avanço. Contudo, o campo de atuação dos profissionais em alimentação e nutrição não foi facilmente reconhecido.

Medeiros em 2011 descreve referenciais políticos que respaldam as ações no campo de alimentação e nutrição na Atenção Básica: a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8080 (1990), a qual foi um marco legal de consolidação da alimentação e saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), foi através dela que foram propagados fatores determinantes para

a Vigilância Alimentar e Nutricional e a orientação alimentar. Outro marco legal importante que deu ênfase a importância da alimentação como um componente essencial à saúde foi a PNAN em 1999 (LANG; RIBAS, 2011).

Com a revisão da PNAN em 2011 e na Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2011) foi fortalecido a universalização, nos diferentes níveis de atenção à saúde, das ações de alimentação e nutrição como papel estratégico do SUS, levando em consideração o aumento da prevalência de excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis relacionadas ao comportamento alimentar (BRASIL, 2012b).

A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) apresenta oito diretrizes implementadas através do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN): produção de alimentos; disponibilidade de alimentos; renda e condições de vida; acesso à alimentação adequada e saudável, incluindo a água; a saúde, nutrição e acesso a serviços relacionados; a educação; os programas e ações relacionados à SAN; e monitoramento e avaliação. Além disso, a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008 trouxe uma proposta de consolidação da atuação do nutricionista na AB desenvolvendo ações de apoio às equipes de saúde da família tanto no âmbito curativo quanto preventivo com ações individuais e coletivas (BRASIL, 2011).

Ao gestor municipal cabe a tarefa de elencar quais as diretrizes indicadas ao município no âmbito da alimentação e nutrição implementadas no setor de saúde, mas podem estar articulados em outros setores. Essas diretrizes são consideradas a partir do conhecimento dos problemas nutricionais e seus determinantes por estudos epidemiológicos territoriais. Contudo, a utilização somente de estudos epidemiológicos quantitativos não possibilita identificar os “atores sociais locais”, que são identificados por estudos qualitativos com pesquisas sociológicas, psicológicas e antropológicas metodologicamente adequadas para conhecer o comportamento alimentar territorial comunitário (VIEIRA, 2013).

Dentre as ações do nutricionista na AB esta a educação em saúde e nutrição que deve ser desenvolvida por profissionais capacitados utilizando-se de diversas modalidades de práticas educativas.

Aos profissionais que exercem suas atividades na AB com doentes crônicos cabe um olhar aos sujeitos com uma dimensão sociocultural da enfermidade, compreendendo que esses sujeitos (con)vivem com uma condição que os acompanha em todos os lugares, cuja forma de entendê-la, vivê-la e lidar com a doença decorre de um constante movimento de interpretação e ação dentro do contexto social, referindo que a doença crônica ao mesmo tempo em que é um evento individual o processo de adoecer também é social e pertence ao contexto privado e público da sociedade. É necessário ver as consequências da doença em seus aspectos objetivos e subjetivos, o seu significado para o doente, as formas de enfrentamento e a autonomia do sujeito em estabelecer seu autocuidado (CANESQUI, 2007).

Considerações finais

As abordagens aqui apresentadas apontam algumas possibilidades para a compreensão do comportamento alimentar, a partir do que se acredita que seja possível melhorar a prática da educação alimentar e nutricional. Esses referenciais possibilitam buscar compreender as teorias abordadas e tornar possível a intersecção entre elas.

Compreender o comportamento alimentar em várias correntes contribui para problematizar o fazer uma prática de orientação nutricional na linha problematizadora de Paulo Freire.

Ao analisar o comportamento alimentar de forma ampla para desenvolver ações em EAN, abre-se um leque de possibilidades para o entendimento do comportamento humano, seja ele do indivíduo como pessoa ou em sociedade, como por exemplo, a teoria de Kubler-Ross descrevendo os estágios de adoecer e a antropologia sociocultural no entendimento das relações culturais, sociais e humanas que permeiam as escolhas alimentares. Essas são diferentes dimensões de um mesmo ser humano. A psicologia e a psicanálise também trazem a sua contribuição para o entendimento do comportamento alimentar.

Portanto, ao nutricionista que exerce sua prática profissional na atenção primária à saúde com práticas de educação em saúde envolvendo a EAN é

importante inserir suas ações educativas em um processo que busque a compreensão da condição humana como objeto essencial ao ensino, em uma relação horizontal entre educador e educando, como utilizado por Paulo Freire, problematizando o comportamento alimentar conduzindo o indivíduo ao autocuidado, o que auxiliará a entender os conflitos relacionados à alimentação e buscar soluções e estratégias para o enfrentamento dos problemas alimentares de um grupo ou indivíduo. Para isso o profissional em alimentação e nutrição deve recusar o uso de modelos educacionais padronizados, pragmáticos, impondo restrições alimentares, e sim estar capacitado a analisar o problema alimentar no contexto biopsicossociocultural.

Referências bibliográficas:

ASSAD, L. G. **Entre o sonho e a realidade de ser transplantado renal**. 1997. 115 p. Tese (Tese de Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro.

BARSAGLINI, R. A.; CANESQUI, A. M. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, dez. 2010.

BERRY, T. R.; CHAN, C. B.; BELL, R. C.; WALKER J. Collective knowledge: using a consensus conference approach to develop recommendations for physical activity and nutrition programs for persons with type 2 diabetes. **Front Endocrinol** (Lausanne), Switzerland, v. 3, a. 161, December 2012.

BEZERRA, J. A. B. Educação alimentar e a constituição de trabalhadores fortes, robustos e produtivos: análise da produção científica em nutrição no Brasil, 1934-1941. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan./mar. 2012, p.157-179.

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

BOOG, M. C. F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 2, p. S139-S147. 1999.

BOOG, M. C. F. **Educação em nutrição: integrando experiências**. Campinas, SP: Komedi, 2013, 268 p.

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

BOOG, M. C. F. Programa de educação nutricional em escola de ensino fundamental de zona rural. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 6, p. 1005-1017, 2010.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar/publicacoes/livros/plano-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional-2012-2015/plano-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional-2012-2015>>. Acesso em: 29 maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, 2ª edição revista, 48p. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Marco de Referência de Educação**

Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas. Brasília, DF, Maio 2012a, 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Série B. Textos Básicos de Saúde. 82p. Brasília, 2012b.

CAKIR, H.; PINAR, R. Randomized controlled trial on lifestyle modification in hypertension patients. **West J Nurs Res.**, v. 28, p. 190-209, 2006.

CANESQUI, A. M. (Org.) **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos.** São Paulo: Editora Hucitec, 2007. 149 p.

CANESQUI, A. M.; DIEZ GARCIA, R. W. (Orgs.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 306 p. (Col. Antropologia e Saúde collection).

CEZARIO, E. P. **A visão da morte e do morrer dos profissionais da saúde de um hospital universitário terciário e quaternário de São Paulo.** 2012. 188 p. Dissertação (Mestrado em ciências médicas) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas 380/2005. Disponível em: <http://www.crn9.org.br/uploads/file/res380.pdf>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2013.

CRISCUOLO, C.; MONTEIRO, M. I.; TELAROLLI JR, R. Contribuições da educação alimentar e nutricional junto a um grupo de idosos. **Alimentos e Nutrição,** Araraquara, v. 23, n. 1, p. 399-405, jul./set. 2012.

DIEZ GARCIA, R. W. **A comida, a dieta, o gosto: mudanças na cultura alimentar urbana.** 1999. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, USP, São Paulo.

DIEZ GARCIA, R. W. Representações Sociais da Comida no Meio Urbano: algumas considerações para o estudo dos aspectos simbólicos da alimentação. **Rev. Cad. Debate,** Campinas: NEPA/UNICAMP, v. 2, p. 12-24, 1994.

EGNEW, T. R. The meaning of healing: transcending suffering. **Ann Fam Med.,** Leawood, KS, v. 3, n. 3, p. 255-262, May 2005.

ESPÍRITO SANTO, A. C. G.; MARQUES, A. P. O.; LEAL, M. C. C.; MOTA, S. K. A.; SILVA, M. R. A. Problematização de Temáticas de Promoção da Saúde do Idoso a partir de uma Vivência Dramatúrgica. **Saúde Soc.,** São Paulo, v.17, n.1, p.165-175, 2008.

FERREIRA, V. A. **Obesidade & pobreza: o aparente paradoxo.** 2003. 127 p. Dissertação (Mestrado) – Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

FERREIRA, S. R. G.. Alimentação, nutrição e saúde: avanços e conflitos da modernidade. **Ciênc. Cult.**, São Paulo, v. 62, n. 4, oct. 2010.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 184 p.

FREIRE, P. 1921-1997. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011. 253 p.

FREITAS, M. C. S.; MINAYO, M. C. S.; FONTES, G. A. V. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2011.

FREITAS, M. C. S.; PENA, P. G. L.; FONTES, G. A. V.; SILVA, D. O. Hábitos Alimentares e os Sentidos do Comer. In: DIEZ-GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M. (Coord.). **Mudanças alimentares e educação nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 35-42. (Col. Nutrição e metabolismo).

FREITAS, M. C. S. Educação nutricional: aspectos sócioeconômicos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.10, n.1, p.45-49, jan./jun., 1997.

GERMAIN, C. P. Nursing the dying: implications of Kübler-Ross' staging theory. **Ann. Am. Acad. Pol. Soc. Sci.**, Philadelphia, v. 447, p. 46-58, Jan. 1980.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 35, n.2, p.115-121, jun, 2001.

INSTITUTO CIDADANIA, Fundação Djalma Guimarães. **Projeto Fome Zero**: uma proposta política de segurança alimentar para o Brasil. Instituto Cidadania, São Paulo. 2001. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=uma%20proposta%20pol%C3%ADtica%20de%20seguran%C3%A7a%20alimentar%20para%20o%20brasil.%20&source=web&cd=1&ved=0CFQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fomezero.gov.br%2Fdownload%2Fli vro_projeto%2520fome.pdf&ei=fvnFT6GOO4Hm9ASou7i9Bg&usg=AFQjCNHnan_rC PjltlsLmRyxYIhwCCDAaA>. Acesso em: 28 janeiro de 2013.

IRIARTE, L. C.; MARTÍNEZ, L. R. G.; OLANO, M. L.; GARCÍA, C. V. Paciente con hepatitis aguda fulminante / Clinical case: coping strategies used by the family of a patient with acute fulminant hepatitis. **Rev. Enferm.**, Barcelona, v. 35, n. 4, p. 292-299, abr. 2012.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, supl. 2, out. 2008 .

KOHLMANN, O. et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 257 – 286, agosto 1999.

KOVÁCS, M. J. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 41, p. 457-468, 2008.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9ª Ed. São Paulo: Martins Fontes. 2008. 296p.

LANG, R. M. F.; RIBAS, M. T. G. O. O nutricionista e as ações de nutrição em saúde. In: TADDEI, J. A.; LANG, R. M. F.; LONGO SILVA, G.; TOLONI, M. H. A. (Editores). **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011, p. 437-453.

LIMA, E. S. **Mal de fome e não de raça**: gênese, constituição e ação política da educação alimentar, 1934-1946. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.

LIMA, E. S.; OLIVEIRA, C. S.; GOMES, M. C. R. Educação nutricional: da ignorância alimentar à representação social na pós-graduação do Rio de Janeiro, 1980-1998. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 604-635, 2003.

LINDEN, S. **Educação Nutricional**: algumas ferramentas de ensino. São Paulo: Varela, 2005. 153 p.

MACIEL, M. E. Identidade cultura e alimentação. In: CANESQUI, A. M.; DIEZ GARCIA, R. W. (Orgs.). **Antropologia e nutrição**: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 49-56. (Col. Antropologia e Saúde collection).

MANÇO, A. M.; COSTA, F. N. A. Educação nutricional: caminhos possíveis. **Alim. Nutr.**, Araraquara, v. 15, n. 2, p. 145-153, 2004.

MEDEIROS, M. A. T. Desafios do campo da alimentação e nutrição na Atenção Básica. In: DIEZ-GARCIA, R. W. e CERVATO-MANCUSO, A. M. (Coord.). **Mudanças alimentares e educação nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p.173-180. (Col. Nutrição e metabolismo).

MOREIRA, S. A. Alimentação e comensalidade: aspectos históricos e antropológicos. **Ciênc. Cult.**, São Paulo, v. 62, n. 4, p.23-26, out. 2010.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 118p.

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

MOTTA, D. G., MOTTA, C. G., CAMPOS, R. R. Teorias psicológicas da fundamentação do aconselhamento nutricional. In: DIEZ-GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M. (Coord.). **Mudanças alimentares e educação nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 53-65. (Col. Nutrição e metabolismo).

NÓBREGA, Fernando José de. **Vínculo mãe/filho**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005, 173p.

PATTERSON, L. E.; EISENBERG, S. **O Processo de aconselhamento**. São Paulo: Martins Fontes, 1988 apud RODRIGUES, E. M.; SOARES, F. P. de T. P.; BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n.1, p. 119-128, jan./fev. 2005.

PEREIRA, G. S. **O profissional de saúde e a educação em saúde**: representações de uma prática. 1993. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fio Cruz, Rio de Janeiro.

PILAR, I. P; JOAQUÍN, M. V.; OSCAR, G. A.; ALBERTO, T. R. et al. Proceso de adaptación a la diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Concordancia con las etapas del proceso de duelo descrito por Kübler-Ross / Alignment of the Kübler-Ross grief cycle phases with the process of adaptation to type 1 diabetes mellitus. **Endocrinol Nutr.**, Barcelona, v. 55, n. 2, p. 78-83, feb. 2008.

PILON, A. F. Educação, saúde e vivência. **Rev. Bras. Saúde Esc.**, Campinas, v. I, p.27-34,1990.

PIMENTEL, A. **Nutrição psicológica**: desenvolvimento emocional e infantil. São Paulo: Summus, 2005, 166p.

POLLAK, K. I.; COFFMAN, C. J.; ALEXANDER, S. C.; TULSKY, J. A.; LYNA, P.; DOLOR, R. J.; COX, M. E.; BROUWER, R. J.; BODNER, M. E. Can physicians accurately predict which patients will lose weight, improve nutrition and increase physical activity? **Fam. Pract.**, England, v. 29, n. 5, p.553-560, Oct. 2012.

POULAIN, J-P.; PROENCA, R. P. C. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 245-256, jul./set. 2003.

POULAIN J-P. L'espace social alimentaire. **Cahiers de Nutrition et de Diététique**, v. 34, n. 5, p. 271-280, 1999 apud POULAIN, J. P.; PROENCA, R. P. C. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 245-256, jul./set. 2003.

RAMALHO, R. A.; SAUNDERS, C. O. papel da educação nutricional no combate às carências nutricionais. **Rev. Nutr.** Campinas, v.13, n.1, p.11-16, jan./abr., 2000.

RIBEIRO, J. L. P. **Introdução à psicologia da saúde**. Rio de Janeiro: Quarteto, 2007, 356 p.

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

RODRIGUES, E. M. **Problematização do comportamento alimentar como estratégia de educação nutricional**: uma experiência com adolescentes obesos. 2003. 243 p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Unicamp, Campinas.

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

ROSS, M. W. Pedagogy for prisoners: an approach to peer health education for inmates. **J. Correct Health Care**, United States, v. 17, n. 1, p. 6-18, Jan. 2011.

SANTOS, E. M., OLIVEIRA, E. A.; CRUZ, M.; LEAL, A.; DUQUE, A.; CUNHA, C. L. Monitoramento em Promoção de Saúde: uma experiência de capacitação de adultos em um Estado do Nordeste brasileiro. **Educ. rev.**, Curitiba, n.46, p. 193-207, Oct./Dez. 2012.

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

SANTOS, L. A. S. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 455-462. 2012.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. São Paulo: Cortez / Autores Associados, 1983.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação no contexto da epidemia de HIV/AIDS: teorias e tendências pedagógicas. In: CZERESNIA, D.; SANTOS, E. M.; BARBOSA, R. H. S.; MONTEIRO, S. (Orgs.). **AIDS: pesquisa social e educação**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco. 1995. p. 84-105.

STROEBE, Wolfgang. **Psicologia social e saúde**. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

TEIXEIRA, P. J.; GOING, S. B.; HOUTKOOPEL, L. B.; CUSSLER, E. C.; METCALFE, L. L.; BLEW, R. M. et al. Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women. **Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.**, Hampshire, UK, v. 28, n. 9, p.1124-1133, 2004.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1994.

TORRES, M. R. S. G.; FERREIRA, T. S.; NOGUEIRA, L. P.; NASCIMENTO, D. C. S.; SANJULIANI, A. F. Dietary counseling on long-term weight loss in overweight hypertensive patients. **Clinical Science**, London, v. 66, n.10, p. 1779-1785, 2011.

TORREZAN, R. M.; GUIMARAES, R. B.; FURLANETTI, M. P. F. R. A importância da problematização na construção do conhecimento em saúde comunitária. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 107-124, 2012.

TRAVERSO-YEPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, jan./fev. 2004.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 4ª ed., Petrópolis: Ed. Vozes, 2010. 688 p.

VALENTE, F. L. S. (Org.). **Fome e desnutrição**, determinantes sociais. 2ª ed., São Paulo: Cortez, 1989. 107 p.

VASCONCELOS, F. A. G. A inserção do nutricionista no Sistema Único de Saúde. In: TADDEI, J. A.; LANG, R. M. F.; LONGO SILVA, G.; TOLONI, M. H. A. (editores). **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011, p. 423-435.

VIEIRA, C. M. **Ações de alimentação e nutrição na atenção básica em saúde: Institucionalização e desafios**. Rede de Defesa e Promoção da Alimentação Saudável, Adequada e Solidária (Rede SANS). Disponível em: <http://www.redesans.com.br/redesans/wp-content/uploads/2012/10/acoes-de-alimentacao-paraleitura.pdf>. Acesso em 10 de fevereiro de 2013.

WHO, UNICEF. **Primary health care**. Joint report by the Director-general of the World Health Organization and the Executive Director of the United Nations Children's Found for the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, URSS. Switzerland: WHO/UNICEF, 1978.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo com a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA FUNDAMENTADA NA TEORIA FREIREANA:
EXPERIÊNCIA EM MULHERES COM DOENÇAS CRÔNICAS METABÓLICAS**

**EDUCATIONAL INTERVENTION BASED ON FREIRE'S THEORY: A REPORT ON
AN EXPERIENCE IN WOMEN WITH CHRONIC DISEASES**

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON BASE EN LA TEORÍA FREIREANA:
EXPERIENCIA EN MUJERES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS
METABÓLICAS**

Érika da Silva Bronzi Moura¹; Carla Maria Vieira²; Maria Rita Marques de Oliveira³

Autor correspondente: Érika da Silva Bronzi Moura

Endereço: Rua Orlandia, 1048

Bairro: Jardim Paulista. CEP 14090-240. Ribeirão Preto – SP, Brasil.

Email: esbronzi@yahoo.com.br

Telefone: (16) 9165-5253

MOURA, E. S. B. trabalhou em todas as etapas desde a concepção do estudo até a revisão da versão final do artigo. VIEIRA, C. M. participou da concepção do trabalho e da correção e revisão na sua versão final. OLIVEIRA, M. R. M. participou da concepção do trabalho, da análise e interpretação dos dados e da correção da versão final.

Não existe conflito de interesses de cada autor.

¹ Nutricionista. Doutoranda do Programa de pós-graduação em Alimentos e Nutrição da FCFAR/UNESP.

² Nutricionista. Doutora. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP/ Piracicaba. Pesquisadora colaboradora do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/UNICAMP.

³ Nutricionista. Doutora. Docente do Instituto de Biociência de Botucatu – UNESP/ Botucatu.

RESUMO

Objetivo: Avaliar os resultados de uma intervenção de educação alimentar e nutricional (EAN) fundamentada na teoria freireana, associada ao exercício, em portadoras de doenças crônicas usuárias de uma unidade básica de saúde.

Métodos: Estudo prospectivo, com 19 mulheres de 37 a 60 anos. Durante seis meses, o grupo participou de um programa de EAN de referencial teórico problematizador de Paulo Freire, com reuniões semanais e prática de exercícios físicos duas vezes na semana. Foram avaliados dados sociodemográficos, antropométricos, bioquímicos, consumo alimentar por recordatório alimentar de 24 horas e frequência alimentar de compra antes e após a intervenção. **Resultados:** A adesão ao programa foi de 58%. A maioria eram donas de casa. Todas as desistentes eram obesas, com Índice de Massa Corporal (IMC) médio de 36,5 Kg/m², enquanto o das concluintes era de 28,84 Kg/m² ($p = 0,02$). A intervenção promoveu redução significativa ($p < 0,01$) no IMC das participantes (27,99 Kg/m²), sendo que 36,4% atingiram redução $\geq 5\%$ do peso corporal, acompanhada de redução no percentual de massa gorda ($p < 0,01$). Em relação à pressão arterial e à avaliação bioquímica, não foram encontradas diferenças nos valores pré e pós-intervenção. Observou-se aumento significativo ($p = 0,02$) no consumo de leite e derivados e redução no consumo de carnes e ovos, frituras e açúcares. **Conclusão:** O excesso de peso corporal foi um fator negativamente associado à adesão à intervenção. O programa foi efetivo na redução do peso corporal e percentual de massa gorda, evidenciando a importância da regularidade do acompanhamento nutricional e da prática de exercício.

Termos de indexação: Educação alimentar e nutricional; Programa educativo; Doenças Crônicas; Adesão; Perda de peso.

ABSTRACT

Aim: to evaluate a Freire's theory based food and nutrition education program (FNEP) associated with exercise in women with metabolic chronic diseases at a primary health care unit. **Methods:** prospective study of 19 women between 37 and 60 years old. The group participated in a FNEP based on Paulo Freire's problem-posing theory, consisting of weekly meetings and physical exercises twice a week. Sociodemographic, anthropometric, biochemical data, food consumption by 24 hour food recall and frequency questionnaire of food purchasing were assessed in the beginning and end of intervention. **Results:** 58% of participants adhered to the program. Most women were housewife. All participants that withdrew from the program were obese, with a mean Body Mass Index (BMI) of 36.50 Kg/m², whereas the mean BMI among those that adhered to the program was 28.84 Kg/m² ($p = 0.02$). With the intervention, participants had a significant reduction ($p < 0.01$) in BMI (27.99 Kg/m²), and 36.5% of them had a $\geq 5\%$ reduction in body weight along with a reduction in fat mass percentage ($p < 0.01$). No difference in arterial pressure or biochemical data was observed after the intervention compared to pre-interventional values. A significant increase ($p = 0.02$) in consumption of milk and dairy products, and a decrease in consumption of meat and eggs, fried foods and sugar was observed. **Conclusion:** Overweight was negatively associated with adherence to the intervention. The program was effective in reducing both body weight and fat mass percentage, emphasizing the importance of regular nutritional follow up and physical activity.

Index terms: Food and Nutrition Education; Educational Program; Chronic Diseases; Adherence; Weight Loss.

Resumen

Objetivo: Evaluar los resultados de una intervención de educación alimentar y nutricional (EAN) fundamentada en la teoría freiriana asociada al ejercicio, en transportistas de enfermedades crónicas usuarios de una unidad básica de salud.

Métodos: Estudio prospectivo, con 19 mujeres de 37 a 60 años. Durante seis meses, el grupo participó de un programa de EAN de referencial teórico problematizador de Paulo Freire, con reuniones semanales y prácticas de ejercicio físico dos veces en la semana. Fueron evaluados datos sociodemográficos, antropométricos, bioquímicos, consumo alimentar por recuerdos alimentares de 24 horas y frecuencia alimentar de compra antes y después a la intervención.

Resultados: La adhesión al programa fue de 58 %. La mayor parte eran amas de casa. Todas las que abandonaron eran obesas, con Índice de Masa Corporal (IMC) medio de 36,5 Kg/m², mientras el de las concluyentes era de 28,84Kg/m² (p=0,02). La intervención promovió reducción significativa (p<0,01), ya que 36,4% alcanzaron reducción $\geq 5\%$ del peso corporal, acompañada de reducción en la porcentaje de masa grasa (p<0,01). En relación a la presión arterial y a la evaluación bioquímica, no fueron encontradas diferencias en los valores antes y después de la intervención. Se observó importante aumento (p=0,02) en el consumo de leche y derivados y reducción en el consumo de carnes y huevos, fritada y azúcares. **Conclusión:** El exceso de peso corporal fue un factor negativamente asociado a la adhesión a la intervención. El programa fue efectivo en la reducción del peso corporal y porcentaje de masa grasa, evidenciando la importancia de la regularidad del acompañamiento nutricional y de la práctica de ejercicios.

Términos de Indexación: Educación alimentar y nutricional, Programa educativo; Enfermedades Crónicas; Adhesión, Pérdida de peso.

INTRODUÇÃO

O aumento nas últimas décadas da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, obesidade, alguns tipos de câncer, doenças degenerativas do sistema nervoso central, tem caracterizado as mudanças no perfil de morbi-mortalidade da população mundial (BATISTA FILHO; BATISTA, 2010; ALVAREZ; ZANELLA, 2009).

Sabendo que as causas das DCNT são multifatoriais resultantes da interação entre comportamento alimentar, hábitos de vida, fatores psíquicos, sociais, econômicos, dentre outros (BRASIL, 2009; JAIME et al., 2009; BUENO et al., 2011), o manejo dessas doenças deve ocorrer com terapêuticas multiprofissionais e multidisciplinares que conduzam a mudanças de comportamento e adesão ao tratamento, medicamentoso e não medicamentoso, pois a doença crônica deve ser compreendida pelo doente, como uma condição incurável, que muitas vezes não apresenta sintomas, e que o seu tratamento não se restringe às visitas médicas (CANESQUI, 2007).

Entre as ações terapêuticas no manejo das DCNT, está a mudança no comportamento alimentar. No Brasil, nas últimas décadas, observou-se um avanço nas ações de alimentação e nutrição tanto no controle quanto na prevenção de DCNT (RIBEIRO et al., 2011). Pode ser considerada uma dessas ações a publicação em 2012 do Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para as Políticas Públicas. Nesse marco, a EAN é referida no contexto de grupos populacionais com alguma doença ou agravamento à saúde. Deve ser utilizada como um recurso terapêutico vinculado ao processo de cuidado do doente e à cura dos agravos à saúde. É citada ainda, nesse documento, a importância de investir em métodos e estratégias de EAN comprovadamente eficazes (BRASIL, 2012a).

É um desafio aos pesquisadores demonstrar a efetividade de intervenções educativas em grupos, bem como obter adesão dos pacientes à terapêutica, pois o controle das DCNT exige tratamentos de longa duração, os quais apresentam menor adesão, e são atrelados ao empenho dos sujeitos para mudança de comportamentos de vida que alcancem melhora da doença (BUENO et al., 2011). Como demonstrado no estudo de Alvarez e Zanella (2009) numa intervenção

educativa com hipertensos, a perda de peso foi pequena apenas 2%. Quando comparada a estudos que referem à necessidade de redução de 5% para melhorar os valores pressóricos, de lípides séricos, intolerância à glicose e prevenção do diabetes *melittus*. Esses fatores podem ser uma das justificativas para a obtenção de recursos financeiros à implementação de programas educativos em saúde.

A EAN configura-se como estratégia de educação em saúde. Ela não apresenta uma linearidade a ser seguida, é permeada por contradições. Assim, o educador deve considerar que os problemas alimentares demandam da ajuda para a ocorrência das mudanças. Mudanças não somente na ingestão alimentar, mas também na forma de pensar e de sentir os fatos alimentares, considerando que cada pessoa tem o seu tempo para adaptar-se aos novos hábitos (BOOG, 2013).

Como a alimentação é um fenômeno que permeia corpo, mente, psique, cultura e sociedade; a EAN não perpassa apenas a transmissão de conhecimento técnico científico. É necessário ao educador compreender a história de vida, inserção social, cultura e os significados afetivos que justifiquem comportamentos alimentares dos sujeitos envolvidos. O pensamento freireano (FREIRE, 2011) influenciou a atuação de educadores de diversas áreas técnicas de educação em grupo com métodos participativos, possibilitando interação entre indivíduos. A aprendizagem é mediada pelo contexto da vida, do trabalho e das relações sociais dos envolvidos, com técnicas de sensibilização que potencializam os resultados da intervenção (BOOG, 2013).

Estudos de educação alimentar e nutricional no manejo de pacientes com DCNT utilizam diferentes desenhos metodológicos, como por exemplo, o de Ribeiro et al. (2011) com duração de cinco meses que utilizou oficinas de educação nutricional e visitas domiciliares mensais; o estudo de Mead (2012) de duração de doze meses, realizado em base comunitária de população indígena canadense que utilizou a teoria social cognitiva; o estudo de Ai-Haifi (2012) com duração de seis meses, o qual utilizou a participação - em uma série de TV - sobre perda de peso, aconselhamento nutricional, educação nutricional, atividade física e apoio familiar. Os resultados desses estudos diferem entre si e a aplicação dessas abordagens depende do contexto histórico, cultural e do arsenal metodológico de domínio dos profissionais envolvidos.

Outros países como Reino Unido e Estados Unidos (EUA) discutem ações políticas no controle da obesidade e publicam um documento. Uma das propostas, desse documento é tratar a obesidade com uma visão ampla, considerando os fatores biológicos, os determinantes sociais, econômicos, ambientais, dentre outros envolvidos na sua etiologia. Foi discutida a importância de desenvolver pesquisas que determinem intervenções eficazes na promoção de comportamentos saudáveis, e o reconhecimento da necessidade de desenvolverem programas e políticas governamentais para o controle dessa doença. Ênfase foi dada na necessidade de indicadores dos resultados dessas intervenções (WHITACRE; BURNS, 2010).

Diante dessas considerações, o objetivo do presente estudo foi avaliar os resultados de uma intervenção de educação alimentar e nutricional fundamentada na teoria freireana, associada ao exercício físico regular, em mulheres portadoras de doenças crônicas metabólicas, usuárias de uma unidade básica de saúde no interior do Estado de São Paulo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso prospectivo: 19 mulheres com doenças crônicas metabólicas (hipertensão e diabetes) atendidas em uma unidade de atenção básica à saúde, situada em município de pequeno porte do interior do estado de São Paulo, em concordância com as normas de Ética em pesquisa, tendo sido aprovado por Comitê de Ética e Pesquisa com número do protocolo n. 24/2010.

Para a formação do grupo que participaria da intervenção educativa foram convidadas 62 mulheres, das quais 19 delas aceitaram participar: 16 apenas iniciaram a intervenção e 11 participaram dela até o final. A duração da intervenção foi de 6 meses, desenvolvida em 2011. A faixa etária das participantes foi entre 37 a 60 anos. Os critérios de inclusão foram: ser do sexo feminino, possuir idade entre 20 e 60 anos, ter cadastro com diagnóstico confirmado de doenças crônicas metabólicas na unidade de saúde, não possuir registro em prontuário de transtorno neuropsíquico e síndromes genéticas associadas com a obesidade, apresentar disponibilidade para participar do programa proposto, concordar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A intervenção educativa proposta foi resultado de uma parceria entre o Centro Universitário do município e a rede municipal de saúde. O Centro Universitário disponibiliza, em sua estrutura física, espaço para funcionamento de unidade básica de saúde. A coordenação da intervenção foi realizada por docentes da área de nutrição e da educação física juntamente com alunos do curso de nutrição. A intervenção era composta por encontros semanais das mulheres com o grupo de Nutrição e prática de atividade física (hidroginástica, musculação, alongamento e caminhada) com supervisão de docente do Curso de Educação Física, com duração de 60 minutos e frequência de duas vezes na semana, nas dependências esportivas do centro universitário que dispõe de pista de atletismo, piscinas, quadras poliesportivas, sala de ginástica e academia de musculação, espaços esses utilizados durante a intervenção.

A intervenção educativa caracterizou-se por oficinas de educação alimentar e nutricional, dirigidas pela equipe composta de: uma nutricionista docente do centro universitário e dois graduandos do curso de nutrição. O método utilizado foi embasado na educação problematizadora proposta por Paulo Freire, na linha construtivista, dialógica e participante, o que justifica o uso do termo oficina (FREIRE, 1987).

A escolha do referencial teórico que permeou a intervenção proposta considerou o processo de educação alimentar e nutricional uma especificação da educação em saúde, composta por práticas desenvolvidas em serviços de saúde que utilizam de experiências educacionais formais e informais, no contexto de vida do grupo social participante (PEREIRA, 1993). Nessa proposta cabe ao educador exercer abordagens problematizadoras, ativas que proporcionem um meio de diálogo e reflexão junto aos sujeitos envolvidos, para a compreensão das práticas e comportamentos alimentares, os quais possibilitem aos educadores e aos educandos tomar decisões para resoluções de problemas (RODRIGUES et al., 2005; BRASIL, 2012a).

A problematização visou à promoção nas mulheres do estímulo para uma reflexão crítica do processo saúde-doença, compreendendo a influência do meio sociocultural em que vivem e apresentando mecanismos que possibilitassem escolhas alimentares para o alcance do Direito Humano à Alimentação Adequada

(DHAA) e a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) visando a atitudes de autocuidado frente à condição de saúde-doença que apresentam.

A dinâmica das oficinas para provocar, nas mulheres, o processo de conscientização, reflexão de suas práticas de vida, segundo estratégia da educação problematizadora, utilizada por Paulo Freire (FREIRE, 1987), foi proposto através de questionamentos nos encontros iniciais quanto os objetivos de cada mulher, buscando a formação de objetivos comuns entre o grupo o que conduziu o planejamento dos temas abordados. Utilizou-se para introduzir os assuntos semanais nas oficinas: dinâmicas de grupo, exposição do tema com o auxílio de projeções, vídeos, músicas, leitura de textos, oficinas culinárias. As mulheres eram conduzidas a exporem suas experiências pessoais, questionarem sobre suas dúvidas e na finalização das reuniões sugeriam temas que lhes interessassem para serem abordados nas próximas oficinas e metas comuns ao grupo para mudança de hábitos, como forma de comprometimento entre elas.

A estrutura existente no grupo de sujeitos, alvo da intervenção (mulheres usuárias de unidade básica de saúde, portadoras de doenças crônicas metabólicas e responsáveis pelas atividades domésticas, destacando-se a compra de alimentos e sua manipulação) foi importante para a geração de um ambiente reflexivo, pautado na educação libertadora, valorizando a educação para a autonomia (SEMERARO, 2007), pois a homogeneidade do grupo facilita a construção desse processo. Criscuolo (2009) realizando estudo de educação alimentação e nutricional pautado na educação problematizadora também obteve um grupo homogêneo de idosos e referiu que eles possuíam afinidades, o que pode colaborar para ambientes reflexivos.

Os roteiros dos temas propostos nas oficinas foram elaborados na semana anterior aos encontros para que estivessem em concordância com os objetivos e interesses do grupo participante, seguindo como referencial teórico recomendações nutricionais e orientação de práticas alimentares propostas pelo Guia Alimentar da População Brasileira, como principal material de apoio (BRASIL, 2006). Desta forma, as discussões semanais abordaram os tópicos: Consciência alimentar; Hipertensão arterial sistêmica: como me cuidar? Desafios vivenciados no cuidado da hipertensão arterial sistêmica: sal e açúcar; alimentos diet e light; Como escolher seu pescado?

Alimentação equilibrada: como compor refeições saudáveis? Alimentos reguladores, construtores e energéticos no planejamento de cardápios; Redução do sal no preparo de alimentos; Hora das compras; Consciência alimentar: pirâmide alimentar, porções dos alimentos; Mastigação: auxiliar na perda de peso e mudança de hábitos; Dietas da moda: verdades e mitos. Como ter uma alimentação saudável? Alimentação saudável: importância do consumo de alimentos ricos em vitaminas. Vamos montar um prato colorido? Quantidade de açúcar nos alimentos; Gorduras: malefícios e benefícios à saúde humana; Avaliação de mudanças nas práticas alimentares.

Para a caracterização dos sujeitos foram coletados dados sociodemográficos referentes à idade, composição familiar, ao estado civil, à escolaridade, condição habitacional, participação de programas de transferência de renda e condição socioeconômica, segundo Critério Econômico Brasil (ABEP, 2011). A classificação das classes econômica em reais foi de A1: R\$12.926; A2: R\$8.418; B1: R\$ 4.418; B2: R\$2.565; C1: R\$1.541; C2: R\$1.024; D: R\$714; E: R\$477 (ABEP, 2011). As variáveis controladas foram: antropométricas (peso, altura, circunferência de cintura, circunferência de quadril e circunferência abdominal), composição corporal por bioimpedância elétrica (percentual de massa gorda e massa magra), níveis pressóricos, bioquímicos (colesterol total, colesterol de HDL-C, LDL-C, VLDL-C, triglicérides, glicemia de jejum) e consumo alimentar (recordatório de 24 horas e questionário de frequência de compra de alimentos).

A avaliação antropométrica foi realizada mediante mensuração das medidas no início (T1) e no término (T2) da intervenção. A estatura foi determinada apenas no T1 e o peso era aferido semanalmente. Utilizou-se para aferição: balança digital eletrônica da marca Filizola[®], com capacidade máxima de 200kg, mínima de 2kg e precisão de 50g. A estatura foi aferida utilizando o antropômetro acoplado à balança, de altura máxima de 2m e precisão de 0,1cm. As medidas de peso e estatura foram utilizadas para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) utilizando a fórmula $\text{peso}/\text{altura}^2$, seguindo a classificação da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997). A circunferência da cintura (CC), do quadril (CQ) e do abdômen (CA) foram aferidas com fita métrica inextensível. A técnica de aferição das medidas antropométricas

seguiu a metodologia descrita no Manual do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). As CC, CQ, CA e a relação entre circunferência da cintura / circunferência do quadril (RCQ) foram analisadas por meio de comparação entre grupos e dos valores obtidos no T1 e T2.

A avaliação da composição corporal das participantes no T1 e no T2 foi realizada utilizando um monitor de composição corporal bioimpedância da marca Biodynamics® modelo 310e versão 8.0. Os parâmetros de composição corporal aferidos foram: Percentual de Gordura Corporal (%GC), Massa Gorda (MG) e Massa Magra (MM) em quilogramas (Kg). As técnicas utilizadas para a realização desse exame foram as descritas no manual de instruções do aparelho Biodynamics®.

Os valores pressóricos foram coletados a partir da aferição da Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD) utilizando aparelho de pressão aneroide e estetoscópio da marca Premium®, seguindo as recomendações e os parâmetros para classificação da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A avaliação bioquímica foi realizada a partir de amostras sanguíneas colhidas após jejum de 12 horas coletadas no T1 e no T2. O responsável pela coleta e análise desses exames foi o Laboratório de Análises Clínicas do Município. Os métodos utilizados foram: método de radioimunoensaio para glicemia de jejum, Método enzimático para colesterol total e triglicerídeos, colesterol de HDL-C, LDL-C, VLDL-C. Os parâmetro para classificação foram os da IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

A avaliação do consumo alimentar foi realizada no T1 e no T2 por meio de três recordatórios alimentares de 24 horas, de dias não consecutivos, utilizando a metodologia descrita por Fisberg et al. (2005). Para análise, utilizou-se o software Diet Pro® versão 5.1, e os resultados da ingestão média de energia (Kcal), proteína (%), lipídio (%), carboidrato (%), ferro (mg), cálcio (mg), sódio (mg). Os valores de energia e de nutrientes foram comparados nos dois momentos. Além disso, foi utilizado um questionário de frequência de compra (QFC) de alimentos, as participantes referiam à frequência de compra de alimentos básicos como: arroz, feijão, frutas, verduras, legumes, açúcar, leite, pão, sal, óleo, dentre outros e o local

onde foram realizadas as compras. Os resultados do QFC foram calculados em porções de alimentos ao dia, agrupando-os segundo os grupos de alimentos do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006).

Os grupos de alimentos analisados foram: Grupo 1 – Cereais: alimentos agrupados; pão, biscoito, arroz, pipoca, farinha de mandioca, farinha de milho, farinha de trigo, milho verde, macarrão. Grupo 2.1 – Frutas; frutas em geral. Grupo 2.2 – Verduras; verduras em geral. Grupo 2.3 – Legumes; legumes em geral, incluindo também cebola e alho. Grupo 3 – Feijões; feijão e ervilha. Grupo 4.1. – Carnes e ovos; Carne de vaca, carne suína, frango, peixe, miúdos, ovos e sardinha em lata. Grupo 4.2. – Leite e derivados; leite e iogurte. Grupo 4.3. – Queijo; Grupo 5.1 – Gorduras; número de frituras na semana. Grupo 5.2 – Açúcares; doces, balas, chocolate e açúcar. Grupo 5.3 – Óleos e gorduras – embutidos, massa de tomate, margarina, manteiga, óleo e banha. Grupo 5.4 – Bebidas não alcoólicas; café, refrigerantes e sucos em pó artificiais. Grupo 5.5 – Bebidas alcoólicas. Grupo 5.6 – Sal.

Além disso, foram avaliados o consumo de frutas, hortaliças e sal da família no início e no final do programa, segundo o QFC, e os resultados comparados à recomendação do Guia Alimentar para a População Brasileira. Segundo as diretrizes alimentares publicadas no guia, o consumo de hortaliças e frutas ao dia deve ser de 400g para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e o consumo máximo de sal - recomendado para uma alimentação saudável é de 5 gramas/per capita/dia (BRASIL, 2006).

Os dados obtidos foram organizados em banco de dados, utilizando o Excel para Windows®. Posteriormente foram analisados de forma descritiva e comparativa com o auxílio do programa estatístico SAS 9.0. Para a análise descritiva e a comparação entre os tempos, foi utilizado o teste de Wilcoxon, com o nível de significância de $p < 0,05$. A escolha desse teste estatístico é apropriada para estudos com amostra pequena e quando as variáveis de interesse não apresentam distribuição normal. Para verificar o efeito da intervenção, em relação aos valores de IMC, comparados antes e após o processo educativo, foi utilizado o teste de McNemar, com o nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Na Tabela 1 são apresentadas variáveis sociodemográficas. A média de idade das mulheres participantes foi de $57,3 \pm 6,4$ e das desistentes $54,6 \pm 5,76$ anos, sem apresentar diferença estatisticamente significativa ($p=0,71$). A média do número de pessoas que compunham as famílias das participantes foi de $2,5 \pm 1,1$. Em relação às desistentes, esse resultado foi semelhante a $2,6 \pm 1,1$. A maioria das participantes e desistentes apresentava ensino fundamental com percentual de 54,5% e 50%, respectivamente.

A maior parte, em ambos os grupos, era de donas de casa (Tabela 1). A classe econômica predominante, das participantes, foi a C/D, já as desistentes se dividiram entre a classe A/B e C/D (Tabela 1). A situação de moradia da maioria das mulheres foi a de possuir casa própria: 73% e 63% entre participantes e desistentes, respectivamente, sendo que todas as moradias possuíam rede de esgoto, água tratada e alvenaria completa.

Nenhuma das participantes e desistentes recebia ajuda financeira de algum programa de renda ou programa de alimentação - governamental ou não. Quando questionadas sobre a responsabilidade pela compra dos alimentos e pelas escolhas dos alimentos para a família, 3/4 das mulheres, aproximadamente, eram somente delas próprias; nas outras categorias de respostas encontradas foram às próprias participantes, elas contavam com a ajuda do cônjuge ou ainda do cônjuge e dos filhos (Tabela 1). Dentre as desistentes, esses resultados são semelhantes, uma vez que a maioria delas (mais da metade) são responsáveis diretas pela compra dos alimentos da família. Comparando esses dados sociodemográficos, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre eles (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das participantes e **desistentes** da intervenção educativa no T1, segundo variáveis sociodemográficas. Batatais, SP, 2011.

Variáveis	Participantes		Desistentes		p*
	n	%	N	%	
Condição na família					
Chefe de família	5	45,5	3	37,5	0,99
Cônjuge	6	54,5	5	62,5	
Nível de escolaridade					
Ensino Fundamental	6	54,5	4	50	0,70
Ensino Médio	2	18,2	3	37,5	
Ensino Superior	3	27,3	1	12,5	
Ocupação					
Aposentada	2	18,2	1	12,5	0,99
Trabalho remunerado	2	18,2	2	25	
Do lar	7	63,6	5	62,5	
Responsável pela aquisição de alimentos					
Própria	8	72,7	5	62,5	0,14
Cônjuge	0	0	2	25	
Própria e cônjuge	2	18,2	0	0	
Própria, cônjuge e filhos	1	9,1	1	12,5	
Avaliação Econômica por classes[#]					
A1 / A2 / B1 / B2	5	45,5	4	50	0,99
C1 / C2 / D	6	54,5	4	50	
Índice de Massa Corporal (IMC)					
Eutrofia	2	18,18	0	0	0,02
Sobrepeso	4	36,36	0	0	
Obesidade grau I	4	36,36	2	25%	
Obesidade grau II	1	9,09	4	50%	
Obesidade grau III	0	0	2	25%	

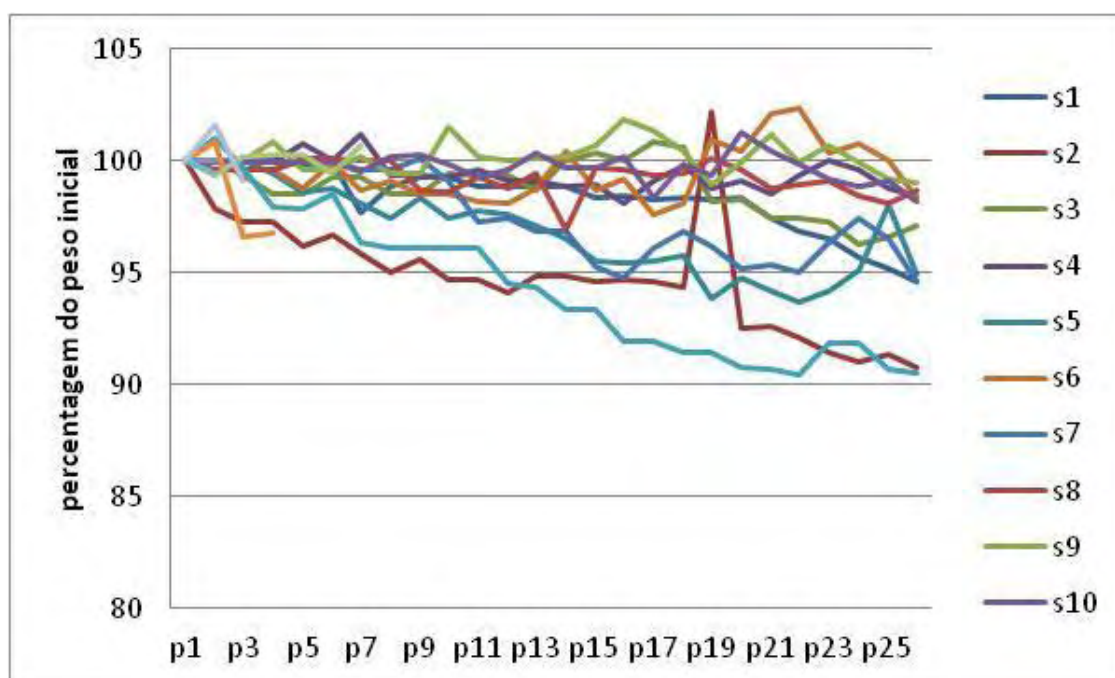
Legenda: T1 = antes da intervenção

*Teste de Mann-Whitney. [#]Avaliação realizada segundo critério de classificação econômica Brasil segundo ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa). Classes de renda familiar e valores médios brutos em reais: A1: R\$12.926; A2: R\$8.418; B1: R\$4.418; B2: R\$2.565; C1: R\$1.541; C2: R\$1.024; D: R\$714; E: R\$477.

Em relação à avaliação antropométrica, as mulheres que participaram do programa até o final, a maioria (na avaliação inicial) apresentava (segundo o parâmetro do IMC) sobrepeso ou obesidade grau I em 36,36%, seguido de eutrofia e obesidade grau II com o IMC médio de $28,84 \pm 5,93 \text{Kg/m}^2$. Já as mulheres que desistiram do programa encontravam-se todas obesas, com IMC médio de $36,5 \pm 3,6 \text{Kg/m}^2$ e a metade delas classificadas com obesidade grau II. Foi apresentada diferença significativa entre participantes e **desistentes** na variável IMC ($p = 0,02$).

A partir da avaliação dos dados coletados no início e no final do programa, observou-se que as médias de IMC das participantes foram de $28,84 \pm 5,93 \text{Kg/m}^2$ e $27,99 \pm 5,62 \text{Kg/m}^2$, respectivamente. Mesmo que a média de classificação do IMC tenha se mantido na classificação de sobrepeso, houve diferença estatisticamente significativa entre elas ($p < 0,01$), indicando melhora nesse parâmetro antropométrico. No início do programa, havia mais mulheres que apresentavam obesidade grau I e

sobrepeso; no final do programa o número de eutróficos foi aumentado e foi reduzido o número de sobrepeso (Tabela 2). A distribuição das participantes do programa em relação à avaliação antropométrica: a inicial e a final. Inicialmente as eutróficas eram 18,18%, houve um aumento para 36,36%; o sobrepeso era de 36,36%, houve uma redução para 27,27%; a obesidade grau I de 36,36% reduziu para 27,27%, e a obesidade grau II se manteve em 9,09%. O Gráfico 1 mostra a variação de peso das mulheres durante o período de intervenção. É possível observar que a maioria das participantes (54,5%) apresentou redução menor de 5% do peso inicial; 36,4% - redução maior ou igual a 5% e apenas uma participante não perdeu peso, nesse período. A paciente que não perdeu peso apresentava-se eutrófica, segundo o IMC. A redução média foi de $3,5 \pm 2,7\%$ do peso inicial.



Legenda: s = sujeito; p = pesagem

Gráfico 1. Distribuição das participantes e desistentes da intervenção segundo o percentual de perda de peso. Batatais, SP, 2011.

A Tabela 2 mostra uma comparação, no T1, entre grupos (participantes e desistentes) da intervenção. Em relação às medidas antropométricas os valores médios de peso, IMC, CC, CQ foram maiores para o grupo das desistentes. Não

foram encontradas diferenças entre os grupos nas seguintes variáveis: RCQ, CA, composição corporal, níveis pressóricos, bioquímica sérica.

Tabela 2. Comparação entre os grupos da avaliação antropométrica composição corporal e indicadores bioquímicos no T1. Batatais, SP, 2011.

Variáveis	Participantes			<u>Desistentes</u>			p*
	MI	ME	MA	MI	ME	MA	
Antropométricas							
Peso (Kg)	50,5	69,15	93,65	64,15	91,35	100,85	0,03
IMC (Kg/m ²)	20,51	27,7	39,75	30,1	36,1	41,1	0,02
CC (cm)	68	90	102,5	85	105,75	112,5	0,02
CQ (cm)	92	101,5	149	102	121	125	0,04
RCQ	0,69	0,83	1,03	0,70	0,89	0,95	0,08
CA (cm)	81	96	124	109,5	111	128	0,10
Composição corporal							
%MG	26,3	36,4	45,7	36,5	40,2	42,9	0,30
%MM	54,3	63,6	73,7	57,1	59,8	63,5	0,30
Níveis pressóricos							
PA sistólica (mmHg)	120	120	160	120	135	180	0,25
PA diastólica (mmHg)	70	80	100	70	80	110	0,96
Bioquímica							
Glicemia (mg/dl)	57	90,65	105,9	79	107	128	0,08
Triglicérides (mg/dl)	32,2	113,5	205	80	159	216	0,44
Colesterol total (mg/dl)	135	175	228	149	211	230	0,12
HDL (mg/dl)	35	47,85	93	28	49	59	0,90
LDL (mg/dl)	60	102,75	150	84	128	166	0,20
VLDL (mg/dl)	6,4	23,75	41	14	32	42	0,99

Legenda: T1 = antes da intervenção, MI = Mínimo, ME = Mediana, MA = Máximo, p = Valor de p.

*Teste de Mann-Whitney

A Tabela 3 apresenta a análise comparativa das avaliações realizadas no T1 e no T2; antropométricas, composição corporal, níveis pressóricos, bioquímica sérica e de consumo alimentar identificado por recordatórios alimentares de 24 horas. As mulheres apresentaram redução de peso e do IMC ($p < 0,01$). A avaliação da composição corporal mostrou redução no percentual de Massa Gorda (MG) e aumento no percentual de Massa Magra (MM), quando comparado os valores das avaliações no T1 e no T2 do estudo ($p < 0,01$).

As médias dos níveis pressóricos analisados no T1 e T2 do estudo, bem como a caracterização das mesmas podem ser observadas na Tabela 3, não sendo evidenciadas diferenças entre os tempos. Também não foram apresentadas diferenças estatisticamente significantes entre os valores obtidos no T1 e no T2 para as variáveis bioquímicas analisadas (glicemia, triglicérides, colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol e VLDL-colesterol). Os valores médios tanto no T1 quanto no T2 apresentaram-se dentro da faixa de normalidade, segundo IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Tabela 3. Distribuição das medianas, valores mínimos, valores máximos, das variáveis antropométricas, composição corporal, bioquímica sérica e consumo alimentar das participantes, antes e após a intervenção, Batatais, SP, 2011.

Variáveis	T1			T2			p*
	MI	ME	MA	MI	ME	MA	
Antropométricas							
Peso (Kg)	50,5	69,15	93,65	50	68,1	92,1	<0,01
IMC (Kg/m ²)	20,51	27,7	39,75	20,88	27,98	39,09	<0,01
CC (cm)	68	87	102	70	85,5	105	0,63
CQ (cm)	92	101,5	149	93	103	120	0,26
RCQ	0,69	0,83	1,03	0,75	0,83	1,02	0,08
CA (cm)	81	96	124	78	90	125	0,06
Composição corporal							
%MG	26,3	36,4	45,7	24,9	30,7	45,4	<0,01
%MM	54,3	63,6	73,7	54,3	69,3	75,1	<0,01
Níveis pressóricos							
PA sistólica (mmHg)	120	120	160	110	130	140	0,20
PA diastólica (mmHg)	70	80	100	70	80	100	0,64
Bioquímica							
Glicemia (mg/dl)	57	90,65	105,9	72,5	82	96	0,45
Triglicérides (mg/dl)	32,2	113,5	205	37	129,5	232	0,63
Colesterol total (mg/dl)	135	175	228	154	174,45	214,1	0,98
HDL (mg/dl)	35	47,85	93	35	46	101	0,76
LDL (mg/dl)	60	102,75	150	70	97,5	144	0,92
VLDL (mg/dl)	6,4	23,75	41	8	23,4	46	0,99
Nutrientes**							
Valor calórico (Kcal)	667,58	1173,6	2073,73	736,68	1357,68	2426,42	0,76
Carboidratos (%)	37,62	54,37	71,46	40,58	52,43	70,78	0,70
Proteínas (%)	8,76	15,54	31,8	10,19	17,56	26,17	0,97
Lipídios (%)	15,8	28,65	53,62	14,4	27,75	41,9	0,42
Ferro (mg)	2,99	8,48	13,76	3,98	8,21	26,17	0,99
Cálcio (mg)	71,73	421,05	1840,21	28,3	403,98	1012,44	0,76
Sódio (mg)	366,43	1504,7	4116,11	45,54	1445,25	6319,73	0,83

Legenda: T1 = antes da intervenção, T2 = após a intervenção, ME = Mediana, MI = Mínimo, MA = Máximo, p = Valor de p.

*Teste de Wilcoxon

**Obtido a partir de três recordatórios de 24 horas.

Em relação ao consumo de hortaliças e frutas, 40% das participantes aumentaram o consumo de frutas e hortaliças, pelo menos 100g no consumo ao dia. No entanto, a média de consumo diário no T1 e T2 não foi diferente entre os tempos, com $355,9 \pm 217,6$ g e $360,8 \pm 214,6$ g, respectivamente. Das mulheres avaliadas no T1, somente 20% apresentaram ingestão maior ou igual ao recomendado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira; no T2 a ingestão aumentou para 30%. Uma das participantes foi excluída dessa avaliação, uma vez que ela não compra esses alimentos, porque ganha de parentes e amigos e, por isso, não sabe precisar a quantidade mensal.

Os resultados da média de consumo de sal ao dia pelas participantes no T1 e no T2 (embora não tenham apresentado diferença estatística no T2) aproximaram-se do recomendado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira $5,6 \pm 5,6$ g, sendo que 63,6% delas consumiam acima do recomendado no T2 e no T1 72,7%.

A Tabela 4 mostra uma caracterização do consumo alimentar por grupo de alimentos, segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira, comparando o consumo no T1 e no T2. O único grupo que apresentou uma variação estatisticamente significativa foi o grupo 4.2 (leite e derivados) que apresentou um aumento no consumo de 0,46 para 2,18 ($p=0,02$). Outros grupos que apresentaram redução no consumo médio: o grupo 4.1 (carnes e ovos) de 2,18 para 1,23; o grupo 2.3 (legumes) 2,95 para 1,99; o grupo 5.1 (frituras) 0,13 para 0; o grupo 5.2 (açúcares) 2,55 para 1,95 - nesse grupo a variação esteve próxima do p crítico de 5% ($p=0,07$).

Tabela 4. Caracterização do consumo alimentar, realizado por QFC, das mulheres segundo porções de grupo de alimentos, antes e após a intervenção. Batatais, SP, 2011.

Grupos de alimentos	T1			T2			p*
	MI	ME	MA	MI	ME	MA	
Cereais	1,66	2,52	8,23	1,47	5,12	10,7	0,97
Frutas	0,16	1,07	2,38	0	1,19	5,36	0,54
Verduras	0	0,3	2,4	0	0,45	1,11	0,61
Legumes	0	2,95	8,81	0,85	1,99	5	0,10
Feijões	0	0,52	1,94	0	0,48	2,91	0,38
Carnes e ovos	0,11	2,18	6,26	0,35	1,23	6,56	0,08
Leite e derivados	0,12	0,46	2,56	0,42	2,18	3,59	0,02
Queijo	0	0	33,33	0	0,33	1,2	0,71
Frituras	0	0,13	0,59	0	0	0,03	0,08
Açúcares	1,49	2,55	7,17	0,85	1,95	13,34	0,07
Óleos e gorduras	1,18	4,51	7,02	1,36	4,71	103,22	0,38
Bebidas não alcoólicas	0	2,38	4,53	0,02	2,01	11,88	0,73
Bebidas alcoólicas	0	0,19	2	0	0	1,17	0,16
Sal	0,01	0,03	0,07	0,02	0,04	2,78	0,43

Legenda: T1 = antes da intervenção, T2 = após a intervenção, ME = Mediana, MI = Mínimo, MA = Máximo, p = Valor de p.

*Teste de Wilcoxon.

DISCUSSÃO

Neste estudo de caso constatou-se que um terço das mulheres atendidas em uma unidade de saúde e convidadas a participarem de uma intervenção educativa mostrou interesse em participar. Aproximadamente um quinto delas participou efetivamente da intervenção e menos de um décimo obteve redução de 5% ou mais no peso corporal. Isso parece pouco, mas se considerarmos as proporções das DCNT na população e que as intervenções educativas não visam apenas à redução

de indicadores numéricos e ainda que as atividades educativas possam irradiar atitudes pró ativas em outros membros da família ou da comunidade, os resultados foram satisfatórios. Por outro lado, os recursos do sistema de saúde, com horas de acompanhamento de profissional de nutrição e de educação física e infraestrutura para as atividades foram destinados exclusivamente à parcela que efetivamente participou das atividades e que obteve resultados positivos nos indicadores de saúde, com perda de peso, IMC e percentual de massa gorda. Os indicadores bioquímicos e os valores pressóricos não sofreram alterações perceptíveis, mas destaca-se que esse grupo já vinha apresentando valores próximos aos preconizados.

A intervenção educativa, desenvolvida neste estudo, está em consonância com as diretrizes do Marco de Referência de EAN para as Políticas Públicas de EAN (BRASIL, 2012), ao priorizar a contextualização da prática educativa ao grupo social, levando em consideração os aspectos culturais, psíquicos, socioeconômicos, biológicos do grupo envolvido.

Este estudo se deu com um grupo de mulheres com idade média acima de 50 anos, o que, segundo os autores Alvarez e Zanella (2009), que também trabalharam com intervenção educativa e média de idade semelhante, pessoas na maturidade (com hábitos alimentares e de vida mais arraigados) podem ser mais refratárias à mudança no comportamento alimentar e de vida. Por outro lado, nessa faixa etária se encontram pessoas com maior disponibilidade de tempo para o cuidado de si.

Neste estudo, o grupo que teve interesse em participar da intervenção educativa disponibilizou tempo para duas visitas semanais à unidade de saúde (uma delas de duração de duas horas e meia), isso foi viabilizado pelas condições de infraestrutura do lugar, que proporcionou práticas de saúde num ambiente adequado ao esporte e lazer. A adesão ao programa, com efetiva participação, ocorreu entre as mulheres com menores índices de massa corporal, talvez porque o excesso de massa corporal seja um fator complicador para a prática de atividades físicas, ou porque elas mesmas se sentiram, logo de início, frustradas em suas expectativas de uma perda rápida de peso, ou ainda, se sentiram impotentes diante do desafio de emagrecer um corpo tão avantajado. A maior dificuldade de adesão à intervenção

educativa nas DCNT por parte da pessoa obesa foi vista também em outros estudos (DIMATTEO, 1994; BUENO et al. , 2011; TORRES et al., 2011).

As intervenções educativas visando a mudanças de estilo de vida têm apresentado proporções de adesão semelhantes às encontradas neste estudo (GALATI, 2009; BUENO et al., 2011). As razões para a desistência de pacientes aos programas educativos têm sido relacionadas a não disponibilidade de tempo para participar, viagens, dificuldades quanto à mudança de comportamento, falta de estímulos, sexo, idade, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico, crenças de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera do tratamento, relacionamento com a equipe de saúde, entre outras (GUSMÃO; MION, 2006; GALATI, 2009).

A adesão aos programas educativos depende em grande parte dos profissionais envolvidos, de suas habilidades em criar vínculo com os pacientes por meio de uma linguagem que se traduza em mensagens direcionadas ao contexto social e cultural dos sujeitos (SHAYON; PRATT; ANDERSON, 2004). Devine et al. (2005) acrescentam ainda outros fatores motivacionais: a confiança no educador, a interação social existente no grupo e a possibilidade de reavaliar as escolhas alimentares pessoais e familiares.

A intervenção proposta neste estudo objetivou conduzir as mulheres ao pensamento crítico sobre seu manejo com a doença, com atividades práticas, problematizando os temas abordados que buscaram motivar as mulheres à mudança de comportamento com a utilização da teoria de Paulo Freire (2011). Boog (2012) refere que o pensamento freireano em intervenções educacionais em grupo possibilita a interação entre os indivíduos e a aprendizagem se dá mediada pelo contexto da vida, trabalho e pelas relações sociais dos envolvidos, com técnicas de sensibilização que potencializam os resultados da intervenção, fatores esses também identificados no estudo de Barsaglini e Canesqui (2010).

Em relação aos resultados apresentados nas avaliações realizadas no T1 e no T2, os sujeitos do presente estudo apresentaram redução média de 3,5% do peso inicial - um pouco abaixo do valor preconizado de 5% para que a redução de peso conduza a reduções significativas nos valores pressóricos e das concentrações séricas de lipídeos e glicemia (WILLETT; DIETZ; COLDITZ, 1999; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006; BARBATO et al., 2006). Outros estudos

com intervenções nutricionais em grupo como o de Alvarez e Zanella (2009), de Galati (2009) e de Bueno et al. (2011) também apresentaram valores de redução de peso corporal menor que 5%; os primeiros autores obtiveram 2%; o segundo, 3% e os terceiros, 3,9%. Entretanto, salienta-se que neste estudo nem todas as mulheres tinham indicação de perder peso.

Em relação aos indicadores bioquímicos, não foi observada nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os valores obtidos no T1 e no T2, o que pode ser devido aos valores médios encontrados dentro da faixa de normalidade, segundo IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. É preciso ainda considerar que a não confirmação de diferenças estatísticas nos indicadores bioquímicos avaliados, neste estudo, se deve também ao reduzido número da amostra.

A perda de peso, o impacto positivo sobre os valores de IMC e a composição corporal apresentada pelas mulheres participantes do estudo podem estar relacionados às modificações ocorridas no comportamento alimentar.

Em relação ao consumo alimentar, foi verificada diferença estatisticamente significativa para o consumo de leite e derivados quando comparada a avaliação no T1 e no T2, com aumento no consumo de alimentos desse grupo, isso também foi observado em outros estudos com intervenções educativas para indivíduos com doenças crônicas Ribeiro et al. (2011), Bueno et al. (2011), Felipe et al. (2011). O aumento na ingestão de alimentos do grupo do leite indica maior ingestão de cálcio, o que pode ser reflexo do incentivo ao seu consumo durante o processo educativo, já que a maioria das mulheres participantes encontrava-se na pós-menopausa, fase essa que comumente é acometida de perda óssea de cálcio (ALVAREZ; ZANELLA, 2009).

Uma parcela das participantes (40%) apresentou aumento no consumo de frutas e hortaliças, mas o consumo médio das participantes tanto no T1 quanto no T2 ainda foi menor que 400g ao dia, recomendado pelo Guia Alimentar da População Brasileira (BRASIL, 2006).

A ingestão de micronutrientes: cálcio, ferro e sódio das participantes não apresentou diferença estatística entre os tempos (T1 e T2). A ingestão de cálcio e de ferro esteve abaixo do recomendado, em ambos os tempos (INSTITUTE OF

MEDICINE, 1997; INSTITUTE OF MEDICINE, 2000), enquanto os valores de ingestão de sódio no T2 chegaram próximo aos valores recomendados no Guia Alimentar da População Brasileira (2006) e da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010). Isso, provavelmente, porque a necessidade de redução do consumo de sódio recebeu maior reforço nas recomendações da equipe de saúde.

Segundo Cozzolino (2007) comumente a dieta do brasileiro apresenta deficiência de micronutrientes, sendo a ingestão de cálcio de aproximadamente 300 a 500mg por dia, valores esses coincidente aos encontrados no presente estudo. Além disso, a mesma autora descreve a anemia ferropriva como a maior deficiência de micronutriente no Brasil, e que no Brasil o consumo de sódio é de aproximadamente cinco vezes acima do recomendado, sendo que o excesso de sódio pode interferir no aproveitamento do cálcio pelo organismo humano.

Os achados encontrados no presente estudo reportam que a EAN associada ao exercício foi uma prática eficaz para o controle das DCNT. Alguns estudos evidenciam que a associação da restrição calórica com a prática de exercícios físicos ao tratamento comportamental pode ser um fator que predispõe a redução no peso corporal de 5 a 10% do peso inicial em períodos de 4 a 6 meses de tratamento (WOOD, 2002; BARBATO, 2006). Neste estudo, o foco não foi o emagrecimento, mas sim o cuidado de si. O trabalho educativo em grupo possibilitou às participantes refletirem sobre suas práticas alimentares e de saúde, discutirem quanto às dificuldades relacionadas ao manejo da DCNT. A utilização da teoria freireana, da problematização, permitiu ao nutricionista planejar as atividades interativas, voltadas à discussão das dificuldades das mulheres, contextualizar as ações aos determinantes socioeconômicos, culturais e psíquicos envolvidos.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a proposta educativa embasada na educação problematizadora trouxe benefícios aos participantes com redução no peso e na gordura corporal; aumento no consumo de leite e derivados, frutas e hortaliças; redução no consumo de carnes, açúcares e frituras. O excesso de peso corporal mostrou ser um fator negativamente associado à adesão, à intervenção para o

emagrecimento e, entre as mulheres que aderiram ao programa, houve resultados positivos em relação à redução do peso corporal e da pressão arterial, evidenciando a importância da regularidade do acompanhamento nutricional e de práticas de atividades físicas para que se obtenham resultados mensuráveis sobre as variáveis de monitoramento.

REFERÊNCIAS

AI-HAIFI, A. R.; AI-FAYEZ, M. A.; AI-NASHI, B.; AL-ATHARI, B. I.; BAWADI, H.; MUSAIGER, A. O. Right Diet: a television series to combat obesity among adolescents in Kuwait. **Diabetes Metab. Syndr. Obes.**, v. 5, p. 205–212, July 2012.

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

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EMPRESAS DE PESQUISA (ANEP). **Critério de classificação econômica Brasil**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.anep.org.br/codigosguias/CCEB.pdf>>. Acesso em 06 fev. 2011.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION: Standards of Medical Care in Diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 29 (supl.), p. 4-42, 2006.

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

BARSAGLINI, R. A.; CANESQUI, A. M. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 919-932, dez. 2010.

BATISTA FILHO, M.; BATISTA, L. V. Transição alimentar / nutricional ou mutação antropológica? **Ciênc. Cult.**, São Paulo, v. 62, n. 4, p. 26-30, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**: orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 120 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Ministério da Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, **Ações de Incentivo ao Consumo de Frutas e Hortaliças do Governo Brasileiro**, Brasília, setembro 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/folder_congresso.pdf. Acesso em 11 de fevereiro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas**. Brasília, 28 p. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Série B. Textos Básicos de Saúde. 82p. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar da População Brasileira**. Promovendo a alimentação saudável. Brasília: MS; 2006.

BOOG, M. C. F. **Educação em nutrição**: integrando experiências. Campinas, SP: Komedi, 2013, 268 p.

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

CANESQUI, A. M. (Org.) **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. 149 p.

CARNEIRO, H. **Comida e sociedade**: uma história da alimentação. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

COZZOLINO, S. M. F. Deficiências de minerais. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 21, n. 60, p. 119-126, 2007.

CRISCUOLO, C. **Contribuições da educação nutricional junto a um grupo de idosos**. 2009. 199 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, 2009.

DEVINE, C.; BRUNSON, R.; JASTRAN, M.; BISOGNI, C. It Just Really Clicked: Participant-Perceived Outcomes of Community Nutrition Education Programs. **J. Nutr Educ Behav.**, Hamilton, v. 38, n. 1, p. 42-49, January/February 2006.

DIMATTEO, M. R. Enhancing patient adherence to medical recommendations. **J. Am. Med. Assoc.**, Chicago, v. 271, n. 1, p. 79-83, 1994.

FELIPPE, F.; BALESTRIN, L.; SILVA, F. M.; SCHNEIDER, A. P. Qualidade da dieta de indivíduos expostos e não expostos a um programa de reeducação alimentar. **Rev Nutr.**, Campinas, v. 4, n.6, p.833-844, nov./dez. 2011.

FISBERG, R. M. et al. **Inquéritos alimentares**: métodos e bases científicos. Barueri: Manole, 2005. 334 p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011. 143 p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 184 p.

FREITAS, M. C. S. Educação nutricional e alimentar: algumas considerações sobre o discurso. In: FREITAS, M. C. S.; FONTES, G. A. V.; OLIVEIRA, N. (Orgs.).

Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 305-311.

GALATI, G. C. **Construção e avaliação do impacto de um programa de educação nutricional em mulheres hipertensas.** 2009. 124 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

GARCIA, R. W. D. Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. **Rev Nutr.**, Campinas, v. 5, n. 1, p. 70-80, 1992.

GUSMÃO, J. L.; MION, J. R. D. Adesão ao tratamento: conceitos. **Rev. Bras. Hipertens.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Dietary references intakes for calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D and fluoride.** Washington, DC: National Academic Press, 1997.

_____. **Dietary References Intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium and zinc.** Washington, DC: National Academic Press, 2000.

_____. **Dietary references intakes for water, potassium, sodium, chloride, and sulfate.** Washington, DC: National Academic Press, 2004.

_____. **Dietary references intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids.** Washington, DC: National Academic Press, 2005.

MEAD, E. L.; GITTELSON, J.; ROACHE, C.; CORRIVEAU, A.; SHARMA, S. A Community-Based, Environmental Chronic Disease Prevention Intervention to Improve Healthy Eating Psychosocial Factors and Behaviors in Indigenous Populations in the Canadian Arctic. **Health Educ. Behav.**, Thousand Oaks, Dec. 2012.

JAIME, P. C.; FIGUEIREDO, I. C. R.; MOURA, E. C.; MALTA, D. C. Fatores associados ao consumo de frutas e hortaliças no Brasil, 2006. **Rev Saúde Públ.**, São Paulo, v. 43, suppl. 2, p. 57-64, 2009.

PEREIRA, G. S. **O profissional de saúde e a educação em saúde:** representações de uma prática. 1993. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fio Cruz. Rio de Janeiro.

POULAIN, J-P.; PROENÇA, R. P. C. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 245-256, jul./set., 2003.

PURNELL, J. Q.; KAHN, S.E.; ALBERS, J.J.; NEVIS, D.N.; BRUNZELL, J.D.; SCHAWARTZ, R.S. Effect of weight loss with reduction of intra-abdominal fat lipid metabolism in older men. **J. Clin. Endocrinol. Metab.**, Philadelphia, v. 85, n. 3, p. 977-982, 2000.

RIBEIRO, A. G.; RIBEIRO, S. M.; DIAS, C. M.; RIBEIRO, A. Q.; CASTRO, F. A.; SUÁREZ-VARELA, M. M.; COTTA, R.M. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. **BMC Public Health**, London, v. 11, n. 637, p. 1-10, August 2011.

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

SAHYOUN, N. R.; PRATT, C. A.; ANDERSON, A. Evaluation of nutrition education interventions for older adults: a proposed framework. **J. Am. Diet. Assoc.**, Chicago, v. 104, n. 1, p. 58-69, 2004.

SEMERARO, G. Da libertação à hegemonia: Freire e Gramsci no processo de democratização do Brasil. **Rev. Sociol. Polit.**, n.29, p. 95-104, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo: SBC; 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. de Cardiol.**, São Paulo, v. 88, supl. 1, p. 1-19, abr. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev. Hipertensão**, a. 13, v. 13, n. 1, Janeiro, Fevereiro e Março de 2010.

TORRES, M. R. S. G.; FERREIRA, T. S.; NOGUEIRA, L. P.; NASCIMENTO, D. C. S.; SANJULIANI, A. F. Dietary counseling on long-term weight loss in overweight hypertensive patients. **Clinics**, London, v. 66, n. 10, p. 1779-1785, 2011.

VELOSO, I. S.; FREITAS, M. C. S. A alimentação e as principais transformações no século XX: uma breve revisão. In: FREITAS, M. C., S.; FONTES, G. A. V.; OLIVEIRA, N. (Orgs.). **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura**. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 9-15.

WILLETT, W. C.; DIETZ, W. H.; COLDITZ, G. A. Guidelines for health weight. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 341, n.6, p.427-432, 1999.

WHITACRE, Paula Tarnapol; BURNS, Annina Catherine (rapporteurs). **Perspectives from United Kingdom and Unites States Policy Makers on Obesity Prevention:**

Workshop Summary. Standing Committee on Childhood Obesity Prevention: Institute of Medicine, Washington, 2010, 128 p. Disponível em: < <http://www.nap.edu/catalog/12861.html> >, Acesso em: 28 de fevereiro de 2013.

WOOD, A.J.J. Obesity. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 346, n. 8, p. 591-601, 2002.

World Health Organization. 40th session of the subcommittee on planning and programming of the executive committee. **Regional strategy on an integrated approach to the prevention and control of chronic diseases, including diet, physical activity, and health.** Washington: WHO; 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status:** the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995. Report of a WHO expert committee.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity:** preventing and managing the global epidemia. Geneva, 1997. Report of a WHO consultation on obesity.

O PROCESSO EDUCATIVO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO EM GRUPO DE MULHERES COM DOENÇAS CRÔNICAS METABÓLICAS

FOOD AND NUTRITION EDUCATIONAL PROCESS IN WOMEN WITH METABOLIC CHRONIC DISEASES

Érika da Silva Bronzi Moura¹; Maria Rita Marques de Oliveira²; Carla Maria Vieira³.

Autor correspondente: Érika da Silva Bronzi Moura

Endereço: Rua Orlandia, 1048

Bairro: Jardim Paulista. CEP: 14090-240. Ribeirão Preto – SP, Brasil.

Email: esbronzi@yahoo.com.br

Telefone: (16) 9165-5253

Trabalho baseado em tese a ser apresentada ao Departamento de Alimentos e Nutrição da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista (UNESP) - campus Araraquara intitulada: Resultados de um processo educativo em alimentação e nutrição vivenciado por um grupo de mulheres com doenças crônicas metabólicas, com previsão de defesa em maio de 2013.

¹Nutricionista. Doutoranda do Programa de pós-graduação em Alimentos e Nutrição da FCFAR/UNESP.

³Nutricionista. Doutora. Docente do Instituto de Biociência de Botucatu – UNESP/ Botucatu.

²Nutricionista. Doutora. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Metodista de Piracicaba – Unimep. Pesquisadora colaboradora do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/UNICAMP.

RESUMO

Objetivo: Analisar o processo educativo em alimentação e nutrição na percepção de um grupo de mulheres com doenças crônicas em uma Unidade de Atenção Básica.

Método: Estudo qualitativo realizado por meio de entrevistas semi-estruturadas com as mulheres que participaram do programa de promoção a saúde de duração de seis meses. O programa contemplou a prática de atividade física e a educação alimentar e nutricional na forma de oficinas com referencial teórico da educação participativa, crítica e problematizadora de Paulo Freire, explorando os aspectos do contexto social, econômico, cultural e psíquico dos sujeitos. Iniciaram no programa 19 mulheres, com permanência de 11 até o fim da intervenção. O estudo analisou as entrevistas realizadas com as participantes antes e após o programa, submetidas à análise de conteúdo e os resultados foram interpretados com base na literatura pertinente e organizados na forma de categorias. **Resultados e discussão:** As

mulheres ao falar do processo educativo demonstraram estar em momentos distintos em relação ao adoecimento crônico e à capacidade de aprendizado para o manejo das práticas alimentares e do autocuidado. Algumas mulheres apresentaram maior dificuldade de convivência com o processo de adoecimento crônico com baixa capacidade de priorizar o cuidado interpretado a partir do conteúdo de seus depoimentos, mas principalmente pela recusa em participar do programa. Na percepção dos sujeitos as oficinas representaram um espaço de trocas, de escuta, com expressão de sentimento de gratidão e de aprendizado da sua relação com a alimentação e sua própria nutrição. Mudanças nos hábitos de vida e práticas alimentares das mulheres foram apontadas como estratégias de melhorar o manejo da doença. **Conclusão:** As oficinas com participação crítica, dialógica e problematizadora a partir da percepção dos sujeitos apresentaram-se como espaço para a promoção de práticas de autocuidado, contudo, trata-se de um processo contínuo que depende dos aspectos sociais, econômicos, culturais e psíquicos dos sujeitos e do momento de vida que se encontram.

Palavras-chave: Processo Educativo; Educação Alimentar e Nutricional; Autocuidado; Doenças Crônicas Metabólicas.

ABSTRACT

Aim: To evaluate the educational process in food and nutrition by the perception of a group of women with metabolic chronic diseases at a primary health care unit.

METHOD: Qualitative study by semi-structured interviews responded by women that participated in a 6-month health promotion program. The program included physical exercise and food and nutrition education, which consisted of meetings based on Paulo Freire's participatory, critical and problem-posing theoretical reference of education. The program explored subjects' social, economic, cultural and psychic aspects. Nineteen women was included in the study, 11 remained until the end of the intervention. Content analyses of interviews were performed before and after the program. Results from the interviews were interpreted and classified in categories accordingly with pertinent literature. **Results and discussion:** Participants demonstrated to be in different stages concerning the chronic illness process, and learning ability to diet management and self-care as they spoke about the educational process. Some women had greater difficulty with coping with the chronic illness process, demonstrating not only a low capacity of giving the disease management priority, but specially a refusal of taking part of the program. By participants, the meetings were seen as a place for exchange, expression of gratefulness, and learning of their relationship with food and their own nutrition. Both behavioral changes and diet management were indicated as strategies for improvement in disease control. **Conclusion:** The meetings, encompassing a critical, dialogical, and problem-posing participation arising from the subjects' perception, were a self-care promotion place. However, this is a continuous process, which depends on subjects' socioeconomic, cultural and psychic aspects, and moment of their lives.

Key words: Educational Process; Food and Nutrition Education; Self Care; Chronic Metabolic Diseases.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde em recente publicação do Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para as Políticas Públicas (2012) utiliza uma contextualização histórica do processo de educação alimentar e nutricional no Brasil para promover uma reflexão e orientação quanto suas práticas como estratégias para o controle e redução das doenças crônicas não transmissíveis, promoção de hábitos alimentares saudáveis que valorizem as tradições culturais e sociais (BRASIL, 2012).

Segundo Boog (2010) a construção de programas de promoção de alimentação saudável, eficazes e viáveis remete ao conhecimento não somente da dieta alimentar dos sujeitos envolvidos, mas dos múltiplos aspectos que envolvem a alimentação como, os aspectos culturais, sociais, econômicos, psicológicos, condições de vida. Planejados de acordo não somente com as necessidades fisiológicas do ser humano, mas que atenda aos aspectos sociais de interesse da comunidade.

Nessa abordagem da EAN contextualizada à realidade dos sujeitos envolvidos, pode-se considerar o estudo de Canesqui e Barsaglini (2012) sobre o processo saúde-doença, e as redes de apoio social que o permeiam. As relações entre os atores e as situações ou contextos em que vivem, são consideráveis no planejamento de políticas públicas, abrindo espaço para a discussão da fenomenologia, com ações que promovam a escuta dos sujeitos, suas tradições, crenças, conhecimentos a partir da compreensão da influência do meio sociocultural.

Os estudos socioculturais com abordagem das representações sociais e a experiência da enfermidade buscam compreender as formas de pensar, experimentar e manejar as doenças, transcendendo as relações de cura da medicina (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012; CANESQUI, 2012).

A proposta de EAN reflexiva, crítica, do processo saúde-doença, a partir da compreensão da influência do meio sociocultural sobre o manejo das doenças crônicas não transmissíveis (CANESQUI, 2007), identifica-se com a linha de educação em saúde proposta por L'Abbate que a define como um campo de práticas desenvolvido nas relações sociais estabelecidas entre os profissionais de

saúde, os usuários e a instituição envolvida, nas atividades cotidianas (L`ABBATE, 1994).

Para L`Abbate (1994) é mais importante ao profissional de saúde adquirir uma postura de educador do que buscar o aprendizado de técnicas, pois o próprio educador é o principal instrumento da relação educativa. O trabalho do profissional de saúde é permeado de processos de ensino-aprendizagem, ele transmite conhecimentos e orientações e deve desenvolver uma análise crítica das mensagens veiculadas aos meios de comunicação em massa, relacionadas à educação em saúde. Além disso, é necessário apresentar uma “escuta analítica”, que acolhe o discurso dos sujeitos sem interpretar e permite ao grupo tratar de suas questões, para que o grupo possa desenvolver e caminhar sozinho, sem algum tipo de supervisão.

Seguindo essa linha de compreensão do processo educativo em saúde, a educação em saúde e especificamente a educação alimentar e nutricional promove um ambiente para o desenvolvimento da capacidade de compreensão de práticas e comportamentos dos indivíduos envolvidos, bem como seus conhecimentos e relações com o meio social em que vivem. O educador proporciona aos atores do processo condições para que possam tomar decisões para a resolução de problemas (RODRIGUES; BOOG, 2005; BRASIL, 2012; BOOG, 2013).

A postura do educador em saúde de levar o educando à resolução dos seus problemas consiste na postura educacional em saúde crítica, participativa, problematizadora seguindo o pensamento freiriano em concordância com a educação popular proposta por Vasconcelos (2009) no Serviço de Atenção Primária à Saúde, que consiste na construção coletiva de um saber entre profissionais de saúde e a população. É um apoio e encorajamento para os sujeitos do maior controle sobre suas vidas e a saúde, nessa metodologia grande parte das teorias freirianas sobre o processo educativo constituem uma base sólida para atingir a Atenção Primária à Saúde de forma integral ao trabalho articulado entre os serviços de saúde e as iniciativas da população e dos movimentos de classe.

A teoria da problematização consiste na busca do educando pelo desvelamento de mecanismos que compreendam a sua condição de vida e desenvolvam autonomia em suas atitudes, frente aos problemas de saúde que

apresenta. É necessário estabelecer uma relação “íntima” entre os saberes que o educando trás consigo e as experiências sociais. Cabe ao educador ser mediador para a formação de valores, responsabilidade na sua condição de vida, podendo fazer uso do lúdico nas atividades educativas. Ele deve fomentar a criticidade, o diálogo exigindo a confiança entre os sujeitos envolvidos, suscitando a discussão, pois sem ela não há comunicação e nem uma verdadeira educação. A educação problematizada não é uma doação ou imposição de informações, mas a devolução organizada, sistematizada e acrescentada daquelas informações que os educandos entregam ao educador de maneira desestruturada (FREIRE, 2005; FREIRE, 2008).

A prática de educação em saúde pode ser considerada uma forma terapêutica no tratamento de doenças crônicas. Segundo Doğan; Toprak; Demir (2012) a incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus* pode ser reduzida com mudança no estilo de vida e práticas de educação em saúde.

Autores que estudaram doentes crônicos, como: Ono e Fujita (2003), Cesarino et al. (2008) e Rodríguez et al. (2012) referiram que a adesão dos sujeitos com doença crônica ao tratamento é um desafio, pois a doença muitas vezes é assintomática e o seu controle necessita da cooperação do paciente. O acesso a informações sobre a doença, o uso frequente do sistema de saúde e a exposição aos hábitos de vida saudáveis são fatores que aumentam a adesão e ocasionam controle da pressão arterial e a prevenção de doenças cardiovasculares.

A consciência da doença (hipertensão) aumenta com o uso frequente do sistema de saúde e na presença de fatores associados à história da hipertensão como: sexo feminino, idade, problemas de saúde subjacentes. Já os fatores de risco modificáveis associados ao mau controle da doença foram: consumo de álcool, obesidade, elevação da frequência cardíaca e hipercolesterolemia (RODRÍGUEZ et al., 2012).

Ribeiro et al. (2011) em estudo com oficinas de educação em saúde com mulheres hipertensas observaram a ocorrência de incremento no conhecimento sobre a doença. Também Sranacharoenpong e Hanning (2012) em estudo de intervenção educativa com diabéticos verificaram aumento na informação sobre a doença, o que julgam colaborar para a prevenção de outras doenças crônicas naquele grupo. O conhecimento do paciente sobre a doença que apresenta pode ser

um fator que gere confiança a tomada de decisões e mudança de atitudes quanto ao manejo da doença (BUENO et al., 2011). Além disso, segundo Ribeiro et al. (2011) a mudança de hábito do paciente pode influenciar a aquisição de hábitos saudáveis da família, tornando-o um agente modificador do meio em que vive, responsável pelo seu bem-estar e a autonomia quanto ao manejo da doença. A EAN como um método de incentivo as práticas alimentares saudáveis, é seguro, contínuo voltado à formação de valores e a incorporação de novos hábitos alimentares; a perda de peso para os obesos pode ser lenta, comparado a resultados de dietas restritivas, mas seus resultados são duradouros (ROTENBERG; VARGAS, 2004).

Ações de educação em nutrição e alimentação associadas à prática de exercícios físicos, com mudanças de hábitos de vida são estratégias para conter o avanço da obesidade e de outras doenças crônicas metabólicas. As ações se mostram eficientes em todas as camadas socioeconômicas, sendo um bom recurso de tratamento não farmacológico para essas enfermidades. Intervenções nutricionais a partir de atendimentos em grupo visam proporcionar ao paciente um ambiente interativo, reflexivo e facilitador da aprendizagem, o que possibilita mudança de hábitos (COSTA et al., 2009; ALVAREZ; ZANELLA, 2009; BUENO et al., 2011).

As reuniões educativas propiciam um espaço para socialização, trocas de experiência e esclarecimentos de dúvidas sobre o manejo da doença (RODRIGUES et al., 2005).

Outro espaço, em atendimento primário a saúde, que frequentemente é utilizado para intervenções em saúde é a sala de espera para consulta. Esse espaço foi utilizado por Little et al. (2004), enquanto os indivíduos esperavam pela consulta, eram fornecidas orientações em saúde, entrega de folhetos informativos. Nesse estudo os participantes não modificaram seus níveis pressóricos, mas foi notado alterações na alimentação (aumento no consumo de frutas e vegetais) e na regulação do peso.

Como a ocorrência no Brasil e no mundo de doenças crônicas metabólicas têm aumentado, um fator relacionado a esse aumento é o estilo de vida das populações, sedentarismo, alterações na composição dos hábitos alimentares (como aumento da densidade energética, consumo de gorduras, carboidratos refinados e redução de fibras alimentares), envelhecimento populacional, dentre outros. Os

estudos com intervenções em educação em saúde demonstram que o tratamento desses pacientes deve ser amplo, não focado somente no modelo biomédico, mas considerar os fatores socioculturais, econômicos, psíquicos dos sujeitos.

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar o processo educativo em alimentação e nutrição, desenvolvido com um grupo de mulheres, na percepção dos sujeitos com doenças crônicas metabólicas em uma Unidade de Atenção Básica em um município do interior do Estado de São Paulo.

PERCURSO METODOLÓGICO

Característica do estudo

O presente artigo foi extraído de um estudo mais amplo referente a um programa de promoção à saúde, desenvolvido em uma Unidade de Atenção Básica de um município de pequeno porte do Estado de São Paulo que se fez no período de março a setembro de 2011. O estudo como um todo teve caráter quali e quantitativo em que a análise quantitativa dos resultados clínicos das participantes foram comparadas com o estado nutricional antes e após a intervenção. A análise qualitativa foi feita por meio de entrevistas semi-estruturadas sobre o processo educativo.

A pesquisa qualitativa foi escolhida para essa parte do estudo, pois de acordo com Minayo essa abordagem metodológica retrata uma realidade envolvida em um universo de valores, significados, práticas, atitudes, crenças, no dinamismo da vida individual e coletiva, que não pode ser quantificada. Esse tipo de pesquisa evoca o espaço social e não a análise de variáveis quantitativas, mensurada por números (MINAYO, 2007).

No contexto das práticas de saúde há um predomínio de análises de variáveis biomédicas, quantitativas, carecendo de estudos da problemática de saúde na visão do ser humano levando em consideração as condições sociais, culturais e o estilo de vida vivenciado pelo homem (MINAYO, 2008). A pesquisa qualitativa aplicada ao campo da saúde tem como objetivo explicar o comportamento dos

sujeitos envolvidos na prática clínica e o manejo com o processo de adoecimento (TURATO, 2003; CANESQUI, 2007).

As entrevistas individuais semi-estruturadas com questões abertas sobre as oficinas foram realizadas pela nutricionista coordenadora do programa de promoção a saúde, gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Houve diferença das entrevistas iniciais e finais (roteiro das entrevistas em apêndice – Apêndice F e Apêndice G). Nas entrevistas finais foram acrescentadas seis perguntas que fizeram referência às experiências que as mulheres tiveram em relação à proposta educativa. Além dessa diferença deve-se considerar que as falas foram diferentes no segundo momento em função das mudanças ocorridas sob a influência das oficinas e as relações afetivas suscitadas entre os sujeitos e entre os sujeitos e a coordenadora do projeto.

As falas das entrevistas foram analisadas com base na proposta de análise de conteúdo. Neste método de análise qualitativa dos dados as falas dos participantes são situadas em seu contexto social para serem melhor compreendidas. As mesmas são ordenadas e organizadas em categorias específicas, após a leitura repetitiva dos dados obtidos e posteriormente analisados seus conteúdos, estabelecendo articulações entre os dados obtidos e os referenciais teóricos utilizados. As categorias surgem a partir desse “vai e vem” da leitura e releitura das narrativas buscando fluxos de sentidos no texto e subtexto, no dito e não dito (BARDIN, 1997).

A análise de conteúdo segundo Campos (2004) é uma estratégia amplamente utilizada para análise de material coletado por entrevistas, com o objetivo de buscar os sentidos expressos no material coletado. É necessário ao pesquisador não impor seus próprios valores, não negar a subjetividade humana, e os significados dos dados analisados são atribuídos pelos sujeitos da pesquisa (CAMPOS; TURATO, 2009).

Em relação ao contexto social, na análise foram consideradas as experiências pessoais das mulheres participantes do estudo em relação à doença. Além da convivência delas com pessoas que compartilham do mesmo problema de saúde.

Sujeitos do estudo

As oficinas foram desenvolvidas com mulheres portadoras de doenças crônicas metabólicas usuárias de uma unidade de atenção básica à saúde de um município de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo, em concordância com as normas de Ética em pesquisa, tendo sido aprovado por Comitê de Ética e Pesquisa com número do protocolo 24/2010. O grupo se constituiu somente de mulheres, pois não houve procura do programa por homens no período referido.

Para a seleção das participantes foi realizado um levantamento do número de mulheres cadastradas e que atendessem aos critérios de inclusão no programa, identificando dados pessoais como: nome, endereço, telefone, faixa etária e diagnóstico médico. De 104 mulheres que atenderam o critério de inclusão nos grupos educativos, 62 foram sorteadas para receber o convite, 19 mulheres concordaram participar do processo educativo e 11 participaram até o final (Quadro 1).

Foi tomado como critério de inclusão no grupo de educação em saúde, ser do sexo feminino, ter idade entre 20 e 60 anos, ter cadastro de portadora de DCNT na unidade de saúde, não apresentar registro em prontuário de transtorno neuropsíquico e síndromes genéticas associadas com a obesidade. As mulheres concordaram em participar do projeto como sujeito de pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de iniciar a intervenção e apresentaram disponibilidade em participar do programa proposto.

Sujeitos	Idade (anos)	Condição conjugal	Ocupação	Tempo de diagnóstico da doença	Estado Nutricional*
S1	37	CP	Do Lar	1 ano	Obesidade grau I
S2	56	CP	Do Lar	4 anos	Sobrepeso
S3	53	SP	Do Lar	1 ano	Sobrepeso
S4	53	SP	Babá	1 ano	Sobrepeso
S5	55	CP	Do Lar	10 anos	Obesidade grau I
S6	58	CP	Cozinheira	28 anos	Obesidade grau II
S7	50	SP	Do Lar	5 anos	Obesidade grau I
S8	60	SP	Do Lar	2 anos	Eutrofia
S9	59	CP	Do Lar	10 anos	Eutrofia
S10	52	SP	Aposentada	4 anos	Sobrepeso
S11	58	CP	Aposentada	8 anos	Obesidade grau I
S12	55	SP	Ambulante	15 anos	Obesidade grau II
S13	59	CP	Do Lar	33 anos	Obesidade grau I
S14	59	SP	Do Lar	4 anos	Obesidade grau II
S15	59	CP	Do Lar	4 anos	Obesidade grau III
S16	43	CP	Do Lar	13 anos	Obesidade grau II
S17	52	CP	Do Lar	18 anos	Obesidade grau III
S18	59	SP	Aposentada	10 anos	Obesidade grau I
S19	51	CP	Funcionária pública	10 anos	Obesidade grau II

Legenda: CP = Com parceiro, SP = Sem parceiro

Todas as pacientes apresentam Hipertensão Arterial Sistêmica, somente a S6 também apresenta Diabetes Mellitus.* Calculado segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) e classificado segundo WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1995 e 1997.

Quadro 1. Caracterização dos sujeitos entrevistados: dados sócios demográficos e nutricionais. Batatais, SP, 2011.

Processo educativo na forma de oficina

As oficinas, que foram objeto dessa investigação, estavam inseridas em um programa de promoção a saúde proposto desde 2007 por docentes da área de nutrição e da educação física de universidade parceira da rede municipal de saúde, que disponibiliza espaço físico em sua estrutura para o funcionamento da unidade de saúde em que ocorreu essa pesquisa. A referida intervenção teve a duração de seis meses (março a setembro de 2011) e contou com a realização de encontros semanais das mulheres com o grupo de acadêmicos de nutrição, perfazendo um total de 26 encontros. Associado à oficina foi realizado à prática de atividade física (hidroginástica, musculação e caminhada) duas horas semanais distribuídas em dois dias da semana, com supervisão de docente do Curso de Educação Física, no espaço físico da universidade.

A intervenção educativa foi caracterizada como oficinas de educação nutricional, conduzida por uma equipe composta por uma nutricionista docente e

dois acadêmicos do curso de nutrição. O uso do termo oficina remete a *“um trabalho estruturado com grupos, independentemente do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social”* (AFONSO, 2010, pág. 9). Em oficinas, as questões abordadas sempre são contextualizadas com os desejos do grupo de pessoas participantes, trabalha com a associação entre a informação e a experiência de cada participante, combina a dimensão terapêutica, sem caracterizar uma terapia, e a dimensão educativa, sem ser uma aula (AFONSO, 2010).

Nessa concepção da caracterização de uma oficina, segundo as palavras de Afonso (2010), a dimensão educativa das mesmas seguiu a abordagem da educação problematizadora com teorias propostas por Paulo Freire, na linha construtivista, dialógica e participante (FREIRE, 2005).

A intervenção educativa desenvolvida na forma de oficinas foi organizada a partir de roteiros planejados antecipadamente aos encontros com temas escolhidos ao final de cada encontro pelas próprias participantes com mediação da coordenação da oficina (Quadro 2). Foi utilizado o Guia Alimentar da População Brasileira como principal material de apoio (BRASIL, 2006). Contudo, o desenvolvimento do processo educativo em alimentação e nutrição se deu a partir da conjugação dos saberes populares do próprio grupo com as estratégias de problematização e síntese para a resignificação das práticas alimentares e do cuidado da doença, dentre outras questões pertinentes do cotidiano.

A introdução dos assuntos semanais abordados nas oficinas era feita com o uso de técnicas de dinâmicas de grupo, vídeos, músicas, projeções com exposição teórica do tema, leitura de textos, oficinas culinárias. A partir da introdução dos assuntos semanais o grupo era direcionado a expor suas experiências, refletir e discutir sobre o tema. Para melhor compreensão de temas discutidos as participantes recebiam no final das oficinas materiais impressos para reflexão do assunto em casa. Além disso, com mediação da coordenadora da oficina, definiam metas comuns ao grupo para mudança de comportamento, o que era anotado, pelas mulheres, em um caderno de anotações personalizado ganho na primeira oficina da intervenção educativa.

Número da reunião	Tema abordado	Objetivo
1ª	Apresentação do grupo	Apresentar as participantes os profissionais de saúde envolvidos na programa educativo e o objetivo do programa.
2ª	Consciência Alimentar	Motivar as participantes aquisição de hábitos de vida saudável.
3ª	Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): como me cuidar?	Sensibilizar as mulheres da importância do cuidado com a saúde para prevenir complicações associadas à HAS.
4ª	HAS: desafios vivenciados	Debater sobre as dificuldades apresentadas para prevenir a elevação da pressão arterial, enfatizando a importância da redução do consumo de sal.
5ª	Sal e açúcar	Sensibilizá-las da importância das relações humanas existentes no grupo para o sucesso no tratamento. Demonstrar os dados causados à saúde com o excesso no consumo de sal e açúcar.
6ª	Alimentos Diet e Light	Demonstrar as diferenças entre alimentos diet e light.
7ª	Escolha o seu pescado	Explicar técnicas de manipulação de pescados, enfatizando a dessalga.
8ª	Alimentação Equilibrada	Apresentar conceitos de alimentação saudável utilizando o Guia Alimentar para a população brasileira
9ª	Alimentação Equilibrada: como compor refeições saudáveis.	Discutir sobre a meta propostas no último encontro: registro alimentar do almoço durante 6 dias.
10ª	Alimentos Reguladores, Construtores e Energéticos no Planejamento de Cardápio.	Demonstrar e motivar as participantes a elaborar um cardápio saudável, enfatizando as três principais refeições do dia.
11ª	Redução do Sal no Preparo de Alimentos	Incentivar a redução da adição de sal no preparo de receitas utilizando alimentos habitualmente consumidos no dia a dia por brasileiros.
12ª	Hora das compras	Avaliar a consciência das participantes quanto a escolha alimentar saudável.
13ª	Consciência Alimentar Pirâmide Alimentar	Discutir a mudança de hábitos alimentares ocorrida no período desses doze encontros.
14ª	Continuação do tema da reunião anterior Pirâmide Alimentar	Sensibilizar as participantes quanto as porções de alimentos da pirâmide alimentar, exemplificando alimentos que possuem grandes quantidades de sódio e gordura e devem ser evitados.
15ª	Porcionamento Alimentar	Demonstrar as participantes exemplos de porcionamento dos alimentos seguindo as recomendações da Pirâmide Alimentar Brasileira.
16ª	Mastigação: auxiliando na perda de peso.	Estimular as mulheres a mastigarem melhor os alimentos, incentivar alimentar-se em um ambiente tranquilo como forma de auxiliar na aquisição de hábitos alimentares saudáveis.
17ª	Festa junina: confraternização	Realizar confraternização entre as participantes e avaliar as opiniões sobre os encontros.
18ª	Tema abordado: Retorno das atividades do grupo educativo	Verificar a autonomia das participantes em realizar as orientações propostas.
19ª	Dietas da moda: verdades e mitos.	Apresentar algumas dietas difundidas pela mídia, que encadeiam dúvidas quanto aos seus benefícios à saúde.
20ª	Continuação do tema da reunião anterior: Dietas da moda: verdades e mitos.	Demonstrar que a prática de dietas restritivas, não colaborar para a adoção de hábitos alimentares saudáveis.
21ª	Como ter uma alimentação saudável?	Orientar as participantes com dicas para terem uma alimentação saudável.
22ª	Alimentação Saudável: importância do consumo de alimentos ricos em vitaminas.	Demonstrar as participantes à importância do consumo de alimentos fontes de vitaminas para o funcionamento do organismo humano; descrevendo a função das vitaminas, fontes alimentares.
23ª	Vamos montar um prato colorido?	Incentivar escolhas alimentares saudáveis no jantar.
24ª	Quantidade de açúcar nos alimentos.	Sensibilizar as participantes em relação à quantidade ingerida de açúcar, incentivando a ingestão de sobremesas a base de frutas em substituição dos doces.
25ª	Gorduras: malefícios e benefícios à saúde humana.	Apresentar a função da gordura na alimentação, sua classificação discutindo sobre a escolha da gordura para cozinhar os alimentos.
26ª	Avaliação de mudanças nas práticas alimentares	Identificar as mudanças ocorridas durante o programa educativo.

Quadro 2. Distribuição dos encontros educativos segundo cronograma e objetivos.

A partir dos conteúdos emergentes das falas das participantes foi buscado identificar se o processo educativo foi capaz de suscitar a visão crítica e participativa dos sujeitos. Os temas que emergiram dessa análise foram organizadas em cinco categorias: A motivação para a mudança de comportamento antes e após o processo educativo, O significado terapêutico do processo educativo e do programa de atividade física, O contexto familiar no processo de autocuidado, Significados e sentimentos vinculados aos alimentos, Incorporação da racionalidade médica nas narrativas. Dessas as categorias e subcategorias escolhidas para análise foram:

- **A motivação para a mudança de comportamento antes e após o processo educativo**
 - A recusa em participar do processo educativo
 - O “movimento” de mudança
- **Significado terapêutico do processo educativo e do programa de atividade física**
 - A função terapêutica do grupo de mulheres
 - O grupo como um espaço de aprendizado de conteúdos teóricos de nutrição

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. A motivação para a mudança de comportamento antes e após o processo educativo

A partir das entrevistas realizadas antes e após as oficinas foi possível observar nas falas que as mulheres manifestavam diferentes fases de motivação para a mudança ou diferentes etapas de se relacionar com o processo de adoecimento crônico e, portanto, com atitudes distintas em relação ao seu autocuidado.

Um tema emergente foi o do processo de adoecimento crônico e o manejo para cuidado da doença, suscitando o uso do referencial teórico de Canesqui para discutir a influência da antropologia social no comportamento alimentar e na compreensão e no manejo da doença (CANESQUI; DIEZ-GARCIA, 2005;

CANESQUI, 2007). A teoria de Kubler-Ross (2008) sobre os estágios da doença, em que classifica a conduta do doente ao processo de adoecimento em cinco diferentes estágios, juntamente com outros estudos que auxiliem na discussão das falas dos sujeitos do processo. Foi utilizada para melhor compreensão de atitudes referidas pelas mulheres relacionadas ao manejo da doença e ao comportamento que apresentavam frente ao processo de adoecimento crônico e à intervenção educativa (aderindo ou não à intervenção). Esses referenciais teóricos foram importantes à reflexão do autor deste estudo quanto às atitudes dos sujeitos em relação à intervenção educativa e ao autocuidado.

Autores que estudaram a experiência da doença referem que para compreender as atitudes do sujeito frente ao seu estado de saúde deve-se partir de um estudo do processo individual de vivência com a enfermidade, apresentado pela trajetória de vida, influenciada pelo contexto social, cultural e a biografia do sujeito (CANESQUI, 2007; BARSAGLINI; CANESQUI, 2010).

Canesqui (2011) em resenha do livro de Le Breton (2007) sobre a compreensão da dor descreve que é necessária uma abordagem das experiências pessoais repletas de significação (dos fatores internos e externos aos sujeitos), interpretações, mediadas pela cultura, relações sociais e subjetividade, como o sofrimento experimentado pelos doentes, para possibilitar aos profissionais de saúde aproximar-se dos adoecidos e, além desses fatores é necessário ainda desenvolver a capacidade de escuta.

a. A recusa em participar do processo educativo

Algumas mulheres foram convidadas a participar do processo educativo e se recusaram. Algumas dessas recusaram-se até mesmo ao diálogo na entrevista inicial.

“Ai, eu sei que ela prejudica muito a pessoa, né. Só que eu tomo remédio controlado e to tocando (riso)” (S14).

“O que eu não faço? Eu não tomo o remédio direito. Não faço caminhada. Há é isso.” (S16)

A recusa em participar do grupo foi interpretada como uma dificuldade em priorizar-se para o desenvolvimento de atitude de autocuidado.

“Hã, sabe o que, que eu acho que a gente precisa [...] a gente faz muita coisa e vive em um estresse, sobre pressão [...], hoje todo mundo vive sobre pressão, então a gente deveria largar [...]. Larga as coisas, larga, mas eu falo Paulo, eu falo, eu quero ver as coisas no lugar eu abro o guarda-roupa dele e dá vontade de voltar para trás [...]. Então isso tudo estressa a gente, o dia que eu fui na médica do joelho ela falou assim: quando apertar o seu interfone não precisa ir correndo deixa as pessoas irem, mas eu! Elas não vão, você tá almoçando e o telefone toca você vai atender. Às vezes eles estão perto do telefone, mas eles não atendem às vezes você tem que sair de lá (...)” (S15)

Essa fala expressa a dificuldade em colocar-se como prioridade, porque assume os “outros” como prioridade ao falar o que os outros deveriam fazer.

Resultados como esse dos indivíduos priorizarem o cuidado dos “outros” também foi encontrado no estudo de Devine et al. (2005) com um programa de educação nutricional para adultos de comunidades de baixa renda dos Estados de Nova York e Pensilvânia, alguns participantes relatam que a primeira vez que foram convidados para participar do programa se sentiam desmotivados, alguns por serem muito jovens e não dar importância a ter hábitos saudáveis, outros não tinham consciência dos malefícios de maus hábitos alimentares à saúde, outras por priorizarem os cuidados com a casa e os filhos ou até mesmo devido a “falta de tempo”, imposta pelos horários de trabalho. Ainda foram encontrados participantes que referiam não desejar mudar o hábito alimentar, pois gostavam de comer o que queriam, influenciados pelo sabor dos alimentos.

As pacientes que não se colocam como prioridade para o tratamento de sua doença crônica expressam recusa ao autocuidado, evidenciados por expressões de “deboche” como o “riso” ou afirmando que não apresentam nenhuma atitude de cuidado com sua doença, atitudes (prática de atividade física, tratamento medicamentoso) essas conhecidas por elas como essenciais ao manejo da doença.

Desta forma, um modo de tentar compreender a atitude dos sujeitos frente ao processo de adoecer é utilizar a teoria de Kubler-Ross para discutir as atitudes apresentadas pelas mulheres. CEZARIO (2012) em seu trabalho também utilizou essa teoria, descreveu que a compreensão do processo de adoecimento na visão do paciente, seja esse submetido a cirurgias, hospitalizações, outros tipos de tratamentos de saúde, ou até mesmo ao sentimento de perda, necessita da escuta e ajuda do profissional de saúde para buscar soluções as suas queixas.

Segundo os estágios de aceitação da doença descritos por Kubler-Ross (2008) cada sujeito apresenta “uma consciência de que sua vida esta ameaçada por uma doença” (p. 33) e reage de uma forma distinta. O primeiro estágio descrito pela psiquiatra Kubler-Ross é o da negação ou isolamento, o qual se caracteriza pela defesa temporária através da negação, ela funciona como um “para-choque” para notícias inesperadas e chocantes. A negação ao diagnóstico da doença é uma defesa temporária podendo ser substituída pela aceitação parcial ou não da doença.

As pacientes que se recusaram a participar da intervenção educativa são aquelas que negam o autocuidado, sugerindo estarem no estágio de negação da doença classificado por Kubler-Ross (2008). Pode-se imaginar que essa negação fosse devido a diagnósticos precoce da doença, mas não, duas das pacientes apresentavam 4 anos de diagnóstico e uma delas 13 anos. Esse fato pode ser justificável em relação aos estágios da doença, cuja autora descreve que eles podem ter duração variável, dependendo do individuo, um estágio pode substituir o outro, podendo ser observado em todos eles a esperança do paciente e da família.

Germain (1980); Assad (1997); Iriarte et al. (2012) também utilizaram a teoria de Kubler-Ross em seus estudos valorizando que essa teoria é importante para o cuidado integral do paciente, desenvolvimento da visão holística, conhecendo a história de vida, assumindo também o cuidado da família, do cuidador que é indispensável ao manejo da doença crônica.

A experiência da doença é algo subjetivo, constituído nos contextos socioculturais e vividos pelos autores do processo. Desta forma, a doença não se reduz aos sintomas biológicos sentidos e vividos pelos doentes, ela é constituída por processos subjetivos, corporais, mediado pela cultura (CANESQUI, 2007).

b. O “movimento” de mudança

Nas narrativas iniciais foi identificado que algumas mulheres já demonstravam motivação, atitudes e desejo de mudar sua alimentação e outros comportamentos:

“Eu como menos sal.” (S10)

“No dia a dia eu evito muitas guloseimas eu evito gordura, eu não deixo de comer, mas eu evito muito assim; refrigerante, carnes engorduradas, eu parei de fumar...”(S10).

“De tudo o que eu sei o que eu mais faço? Evitar o sal, parei de tomar refrigerante, parei de comer muito doce.” (S7)

*“Eu to tentando fazer uma dieta sadia e exercicio físico, né.” (S5)
 “...além de caminhar eu deveria estar fazendo musculação,..., mas eu ainda não consegui separar tempo para tudo isso ainda.” (S11).*

Mauldon et al. (2006) testaram a viabilidade, aceitabilidade e eficácia de um programa de intervenção cognitivo comportamental, com duração de seis meses, realizado em unidade básica de saúde para diabéticos tipo 2, sendo a maioria dos participantes mulheres casadas e com idade acima de 50 anos, características essas semelhantes as mulheres do presente estudo. Verificaram a importância de a intervenção ser adequada à linguagem acessível à população alvo, reconhecendo suas crenças culturais, o meio social e orientações nutricionais que já possuem, para que o programa fosse viável e os participantes apresentassem motivação, boa aceitação, acréscimo de informações sobre a doença e melhora no estado geral de saúde. Contudo, nesse estudo, os homens demonstraram aumento do sofrimento emocional em relação à doença, nos primeiros três meses de intervenção, o que pode indicar a necessidade das intervenções serem direcionadas ao gênero.

No presente estudo algumas mulheres apresentavam “uma certa” ironia percebida nas narrativas iniciais que foram interpretadas como insegurança em relação ao comportamento de autocuidado, identificada no riso irônico manifestado ao falarem de suas atitudes de cuidado.

*“Em relação a alimentação tento mudar um pouco (riso). Eu como uma comida engorduradinha de vez em quando. (riso)” (S6).
 “(...) eu (...) não faço? (Riso). Exercício (...) eu não to fazendo.” (S1)
 “Há eu sei que não pode comer comida salgada, fazer exercícios, que mais (riso), aí ... é difícil.” (S2)
 “Eu tento, mais é difícil controlar.” (S13)*

No segundo momento, no entanto, as narrativas apareceram com mais segurança e apresentam mais raramente essas expressões de “riso irônico” ao falar de suas atitudes de cuidado de si.

*“Mudou (...) eu comia ovo frito, agora eu como só cozido, eu fritava muito, bife, as coisas, agora eu faço mais cozido. (...)to comendo salada todo dia, só o dia que dá tempo mesmo.” (S6)
 “O que eu adotei? Hã. Alimentar-se de 3 em 3 horas em quantidade pequena.”(S9)*

Podemos inferir que essas mudanças observadas no conteúdo das falas podem se relacionar à qualidade do vínculo do grupo com a pesquisadora que proporcionou maior intimidade e confiança. Mas também podem ser a expressão de uma condição de maior segurança das mulheres quanto ao processo de manejo da doença e do cuidado de si.

Foram observados relatos que demonstram mudança de hábitos durante o processo educativo, com melhora significativa na saúde. Para uma das participantes a melhora dos níveis pressóricos foi alcançada nesse processo de mudanças estabelecidas nesta experiência estudada

“Eu tinha pressão alta e não tenho mais.” (S9)

Nas entrevistas finais as práticas alimentares são expressas por algumas mulheres de maneira mais responsável e madura com novas atitudes, pós-processo educativo. As mulheres demonstraram estruturar melhor as informações sobre as recomendações culinárias tais como a troca do processo de cozimento, redução no consumo de açúcares, massas, frituras, aumento do consumo de hortaliças e frutas.

“...em relação à alimentação, eu não poderia comer muita massa. Fritura (...) já não como (...), faço as coisas quase tudo refogada...” (S6)

“... aprender a como (...) organizar a alimentação (...) os horários (...) e a quantidade da comida (...)” (S9)

“...A preocupação assim de temperos (...), se alimentar mais com frutas em vez de ficar comendo mais carne ...” (S4)

“O açúcar é, tirei o açúcar, chocolate tá, é mais frutas, verduras e legumes, isso foi fundamental. Eu sabia a importância que tinha, mas eu nunca imaginava eu nunca dei importância. É principalmente chocolate eu era chocolotra, (...) eu cortei e to (...) na barrinha de cereal (...) eu adotei muita coisa boa.” (S7)

“...Fazer dieta saudável assim, comer os alimentos muita verdura, fruta, menos massa, doce, menos sal.” (S5)

“... eu aprendi a comer, (...) a comer menos, ingerir mais fruta, mais verdura e a comer nas horas certas...” (S5)

Por outro lado, algumas falas expressam que o processo educativo é importante para o cuidado, mas as atitudes e comportamentos de mudanças encontram-se ainda em curso e sugerem baixa motivação para o autocuidado.

Estudo de Devine et al. (2005) ao avaliarem as falas dos sujeitos em relação a motivação para a adesão ao programa de educação nutricional criado por eles foi observado que as experiências de vida exerciam forte influência à motivação e além disso categorizou outras motivações: “material saudável”, “desejo de ser saudável”, “o próprio programa” ou “o trabalho”, “cozinhar junto” e “o cuidar de crianças”.

Ter experiências de vida que induzam a necessidade de apresentar hábitos alimentares saudáveis como: uma mãe que deseja melhorar as escolhas alimentares da família, uma filha que presencia o sofrimento da mãe com doença crônica, ter mais confiança em preparar o alimento de forma saudável, o desejo de aprender a ler os rótulos de alimentos. Essas experiências anteriores à participação do programa de educação alimentar e nutricional eram motivadoras dos indivíduos em ter um “movimento” para a mudança de hábito e aceitarem participar da intervenção (DEVINE et al., 2005).

“Eu deveria acostumar a comer muita verdura, antes de comer as outras coisas pra diminuir tudo que tem sal (...), tomar mais água também eu tenho essa consciência...” (S11)

“Aumentar exercício, eu poderia aumentar e acho que não tomar refrigerante, é raro eu tomar, (...) ter maior controle das coisas que a gente compra: enlatado, assim né, verificar mais...” (S11)

“To me adaptando, to tentando melhorar, (...) incluir as frutas, verduras na alimentação, to indo devagarzinho, mas to conseguindo.” (S1)

“Acho que reduzir um pouquinho mais o sal (...) ainda tá um pouquinho elevado.” (S1)

“...tomo o medicamento certo e procuro me alimentar da maneira correta para não afetar a pressão.” (S7)

“...para mim, o difícil era eu vir, sabe eu sempre dava um desculpa, (...)uma preguiça, (...)mas depois que eu venho eu gostava, (...)mais difícil era a vinda, horário, (...) (riso), aqui era tudo de bom.” (S7)

“Perder peso né, eu to fazendo né (riso) na medida do possível né, eee comer menos sal, tirar todo o sal.” (S5)

Quando na fala são utilizadas expressões como “to indo devagarzinho, mas to conseguindo” a participante reconhece que o processo de mudança de hábito é lento e difícil. Algumas das mulheres expressaram saber da necessidade da mudança de hábito, mesmo após o processo educativo, mas reconhecem a dificuldade de deixar de comer alimentos saborosos e reconhecidos como proibidos.

“Comer fritura (riso), chocolate (riso), tem uma porção de coisa que a gente sabe que não pode e faz.” (S8)

Apesar da consciência da importância do exercício físico como uma prática valorizada para o cuidado, demonstra ficar aguardando uma oportunidade para fazer um determinado exercício, sendo que poderia fazer outras atividades que são ofertadas, que tenha acesso. Aguarda a oportunidade de ter acesso a uma prática de atividade física que pode nunca atingir. O relato referente ao período anterior à vivência do período educativo.

“Ultimamente não to fazendo exercício, tiro um pouco o sal, mas exercício eu não to fazendo, estou esperando me chamar” (S6)

O processo educativo, para algumas mulheres que se mantiveram vinculadas ao grupo por todo o tempo, pode ter outros significados e benefícios que não foram revelados nas falas. Estar no grupo, nos encontros pode ter trazido benefícios que ainda não são claramente definidos e parece que existe uma tentativa de estabelecer mudança, mas também é possível identificar conteúdos relacionados àquilo que é esperado que se diga, mas que para essas mulheres ainda não é possível assumir como uma prática estabelecida:

“Olha! Eu procuro fazer uma alimentação adequada né! É Exercício quando dá, e eu acho que é só (riso).” (S2)

É observado que cada pessoa é um ser individual, apresenta suas particularidades e encontra-se em um processo distinto de cuidado da doença. Algumas falas sugerem que o indivíduo sabe da necessidade de mudar os hábitos alimentares e de vida, reconhece que mesmo participando do processo educativo “se alimenta mal” e não apresenta segurança em afirmar que teve mudança de hábito.

Segundo Freire os indivíduos reconhecem os condicionantes para a sua liberdade, (no presente estudo podemos compreender a liberdade como a liberdade do autocuidado da doença) de escolhas e do cuidado, mas na sua vida pessoal e social deparam-se com barreiras que precisam ser vencidas e são percebidas criticamente, essas barreiras são chamadas por ele de “situações-limites”. Cada

pessoa apresenta uma conduta frente a essa situação; algumas a percebem como um obstáculo que não querem ou que não conseguem transpor, outras percebem criticamente essa situação e sentem desafiadas a resolver da melhor maneira possível com esperança e confiança os problemas que apresentam. Contudo, para isso é necessário ao sujeito o distanciamento das “situações-limites” e a compreensão profunda do problema percebido e destacado. Freire denomina as ações necessárias para romper essas “situações-limites” de “atos limites” e esses ocorrem quando há a superação, negação às “situações-limites” e uma postura decidida frente a resolução de problemas (FREIRE, 2007).

Desta forma, segundo essa concepção freiriana das “situações-limites”, poderíamos considerar uma “situação limite” para as mulheres participantes do processo educativo a doença crônica, e para que elas tenham atitudes seguras de enfrentamento da doença necessitam superar os obstáculos que as impedem de assumir atitudes de autocuidado, como por exemplo, problemas familiares, falta de tempo disponível, obstáculos em relação ao trabalho, falta de priorizar-se para o cuidado à saúde.

Todas as pacientes participantes do processo educativo possuem hipertensão arterial. Segundo Canesqui (2007, pág. 106) “a cronicidade da hipertensão apresenta dilemas para os adoecidos e para os profissionais de saúde”. Envolve a disposição do doente em assumir seu estado de doença e desenvolver ações para o seu controle, como os sintomas dessa doença crônica são percebidos, muitas vezes, apenas pela exacerbação de suas sensações, envolvida pelos conflitos, problemas da vida, relações interpessoais. A hipertensão condensa concepções de excessos (conflitos, preocupações, emoções, sangue). Assim, quando o doente não dispõe desses fatores que conduzem a exacerbação da doença, pode não apresentar sintomas e não assumir o autocuidado.

Doentes crônicos como, por exemplo, hipertensos, tem o convívio contínuo com a doença e possui consigo conotações simbólicas sobre as sensibilidades, sofrimentos dos adoecidos, o que envolve os conflitos e as pressões do dia a dia na família, nos espaços urbanos, no trabalho e nas relações sociais (CANESQUI, 2007).

Diferentemente das mulheres que se recusaram em participar do processo educativo, as aderentes ao processo não apresentam características dos estágios de negação ou raiva descritos por Kubler-Ross e anterior a intervenção já apresentam algumas atitudes de autocuidado da doença (KUBLER-ROSS, 2008).

Outro autor que trabalhou com os estágios de Kubler-Ross (2008) analisa o estresse vivenciado pelo doente em relação ao adoecer e conclui que é necessário aos profissionais de saúde uma visão holística do ser humano, o que os auxiliará no manejo com o doente e a doença. Além disso, uma equipe transdisciplinar fornecerá um atendimento integrado, devendo ter um olhar para todas as fases da doença contribuindo para a redução do estresse e para as ações de cuidado em educação em saúde (ASSAD, 1997). Kubler-Ross ainda refere que alcançar a cura envolve ao doente possuir a plenitude enquanto indivíduo e que o sofrimento amadurece a espiritualidade (EGNEW, 2005).

Foi possível observar algumas mulheres que reconhecem a dificuldade para a mudança de comportamento e que nem todas as atitudes desejáveis para a mudança foram alcançadas. O conteúdo da fala do sujeito que negam a doença mostra uma etapa do processo de convivência com a doença que não consegue “enxergar” uma forma de estabelecer um cuidado, o sujeito não consegue, ou não se sente em condições de ter uma atitude para o cuidado. O conteúdo do discurso de alguns sujeitos que não participaram do processo demonstra uma fase de raiva, de revolta da doença, não assumem a doença. Segundo Kubler-Ross (2008) o primeiro estágio para aceitação ou não do processo de adoecer é o de negação ou isolamento, esse estágio é caracterizado por uma defesa temporária através da negação. O segundo estágio é o de raiva, aflorado quando o indivíduo apresenta revolta em ter a doença, podendo ter inveja das pessoas saudáveis.

2. Significado terapêutico do processo educativo e do programa de atividade física

a. A função terapêutica do processo educativo de mulheres

As participantes do grupo reconheceram que fazer parte do grupo trouxe resultados gratificantes, As falas sugerem que o grupo tornou-se um agente facilitador do autocuidado:

“... me ajuda muito e as professoras, a colaboração dos colegas, a audição sabe, as pessoas ouvirem a gente falar. Entender o sentimento da gente.” (S7)

“... a gente vendo com os colegas também as dificuldades que elas tinham e contavam (...)para poder se ajudar. Com a ajuda da (...) equipe, então isso foi muito bom, cada caso é um caso, cada pessoa tem um sintoma, um tipo, um problema, então a gente englobou, discutiu, conversávamos, nas caminhadas era muito bom, que a gente conversava sobre nós. Sobre a nossa alimentação, sobre os nossos problemas. E isso era uma forma de, como falar, de aliviar aquelas tensões a fibromialgia, as dores, o cansaço, foi muito bom.” (S10)

Outro programa de intervenção à saúde, nesse caso somente com atividade física, suscitou também nas falas dos participantes que participar do grupo é um incentivo a exercitar-se e as “trocas” existentes no grupo é um apoio social a todos os participantes, como o programa contemplava apenas a atividade física os participantes também julgaram importante ter informações sobre práticas alimentares a gestão da doença que possuem, e informações sobre o manejo da dor (CALLAHAN et al., 2007).

O grupo educativo foi considerado um espaço permeado por trocas; de informações, experiências de vidas, relações humanas que colaboraram para as mudanças de hábitos. As relações humanas foram importantes no processo, aproximando pessoas e com possibilidade de estabelecer vínculos de amizade. Esse espaço é comparado a um local de “pedir ajuda e de ser ajudado”, o que demonstra deixar elas mais seguras.

“Acho que foi uma troca de experiência muito boa, troca de informação, hã eu adorei, foi muito util.” (S1)

“...mudou e muita coisa viu! Na disciplina alimentar, (...)poder discutir com as outras pessoas o que tá errado, o que tá certo, (...) foi muito importante.” (S2)

“...foi muito bom. (...)uma comenta um problema, outra outro (...) (riso) vai vendo o que é bom para a gente né. Para todas também.” (S4)

“Há eu sou assim mais solta com o viver. (...) ficar assim, mais a vontade mais solta, com os problemas que tem (...)é problema de situação em casa, então a gente procura ficar melhor com a gente mesmo.” (S4)

“...foi muito bom os encontros, (...)foi tudo de bom, e que a gente pode fazer uma para a outra, sei lá para todos e também pensar em quem vem pedir uma ajuda de, uma explicação de alguma coisa a gente tem sempre que comentar. Então foi muito bom.” (S4)

“...foi muito, muito, muito bom, a parte de relacionamento com as pessoas, vê os problemas (...)que são diferentes do meu...”(S7)

“...foi bom porque a gente trocou idéias, (...)via os erros, uma via o erro de uma e aí a gente corrigia, foi muito bom assim trocar idéia.” (S5)

A paciente aprovou o processo educativo e referiu que através do grupo passou a se conhecer melhor.

“Nossa, a experiência foi muito boa. A gente passa a se conhecer melhor, quando a gente tem um sintoma a gente passa a saber até chegar no médico e saber explicar a ele o que tá acontecendo. Isso para mim já foi uma experiência muito válida.” (S10)

Algumas falas exprimem o sentimento de gratidão em fazer parte do grupo, de ter um espaço para ser ouvida, falar de seus sentimentos e poder compartilhar o processo de adoecimento com outras pessoas, da própria comunidade e com profissionais de saúde.

“Para a nutricionista e para as meninas que elas foram ótimas, e para o pessoal, para a turma, que quanto mais se aprende mais se deve usar o aprendizado. É só isso obrigado.” (S9)

“...gostaria de agradecer muito (...), por ter conhecido esse projeto foi através da minha prima (...)que ouviu na rádio. (...)ela (...)sabe dos problemas que eu tenho e me convidou para vir (S7).

“...agradecer muito (...)por ter (...)essa oportunidade (...)torço para que não termine esse projeto e prossiga e que cresça cada vez mais e como foi bom para mim será bom para muitas pessoas (...)” (S7).

“Olha eu gostaria que muito mais pessoas aprendessem o que eu aprendi, se todo mundo soubesse um poquinho do que a gente aprendeu, acho que teria bem menos doença por aí.” (S1)

Devine et al. (2005) descreve que a aprovação dos sujeitos ao programa de educação alimentar e nutricional que participam deve-se, a confiança no educador, a interação social existente no grupo, a possibilidade de reavaliar as escolhas alimentares pessoais e familiares, fatores esses motivantes à adesão.

Um estudo que avaliou a implantação de um programa de educação alimentar e nutricional participativo identificou que para capacitar os participantes a fazerem mudanças positivas de comportamentos ligados à saúde e especificamente as escolhas alimentares o programa deve ter forte sustentação teórica, componentes de orientação e integrar a sensibilidade cultural dos envolvidos (DEEHY et al., 2010). No estudo de Hildebrand e Shriver (2010) com programa de educação nutricional para população norte americana de baixa renda os autores descrevem que as intervenções são mais eficazes na mudança de comportamento quando são

utilizadas bases teóricas compatíveis com as características culturais e comportamentais da população alvo.

b. O grupo como um espaço de aprendizado de conteúdos teóricos de nutrição

Em outras falas é possível observar que o grupo lhes trouxe aprendizado, com destaque à alimentação e aos nutrientes. Nesse sentido o grupo educativo foi expresso como um local que colaborou para aquisição de informações.

“...a importância da alimentação, (...)do tipo de alimento, (...)das vitaminas, não só fazer a dieta em si, mas saber porque, que tá se fazendo e comendo aquela quantidade e a variedade.” (S1)

“Tudo foi importante (...)os exercícios a hidroginástica, a alimentação, participar assim das aulas, não faltar...” (S5)

“Para esse curso? É gratificante para a gente (...) aprende a comer, faz exercícios, (...)em casa to fazendo poucos exercícios...”(S6)

“...a gente realmente tem que estar sempre aprendendo (...)foi (...)uma explicação muito bem claro...”(S10).

“... aprendi a fritura, eu já não era de fazer para ninguém na minha casa eu sou meio ante fritura (...)Eu gostava de macarronada pelo menos 3 vezes por semana, eu to passando mesmo sem comer macarrão. O pão que eu comia 2, eu como 1 (...)toda vez que eu vou comer alguma coisa eu penso, no que eu aprendi aqui...” (S10)

“...foi muito bom, a gente aprendeu bastante (...)Sempre que a gente vai fazer alguma coisa (...)tipo um alimento. (...)lembra o que não pode e o que pode. Né?” (S4)

“...aprender a como (...)organizar a alimentação (...)os horários e as comidas, o tanto (...)Nas aulas eu aprendi mais sério foi isso.”(S9)

“Foi muito boa. (...)ficou mais rica de ideias e aprendeu a, tudo.”(S9)

Contudo, a mudança de hábito não ocorre sempre que há ganho de conhecimento. Ações de educação alimentar e nutricional não perpassam apenas a transmissão de conhecimento técnico científico, devido à alimentação ser um fenômeno que permeia o corpo, a mente, psique, cultura e sociedade. Nas ações de educação alimentar e nutricional além de apresentar a transmissão de informações técnicas científicas, devem ser incluídas a compreensão do educador da história de vida, inserção social, cultura e os significados afetivos que justifiquem às práticas alimentares dos sujeitos envolvidos (BOOG, 2012).

“...foi muito importante, porque eu aprendi muita coisa. (...)às vezes a gente não faz o que precisa, mas você esta ciente...” (S8)

“...quanto mais se aprende mais se deve usar o aprendizado...”(S9)

“Aprendi muito no projeto. (...)tento por em prática, apesar que dá uns deslizes de vez em quando, mas eu aprendi muito no projeto.”(S7)

“...tudo foi importante, porque você batendo sempre no que você deve fazer de bom, e o que (...)deve tirar que é ruim (...)sempre assimila alguma coisa. Pode não assimilar 100%, ou por vontade própria, não quero fazer isso, mas você não consegue fazer muita coisa que você fazia antes que era ruim. Você toma consciência...” (S11)

O tempo do processo educativo talvez não tenha sido suficiente para algumas participantes que não conseguiram atingir um nível de autonomia no manejo da doença crônica e no autocuidado. Há falas que revelam a necessidade de continuidade das atividades de cuidado que complementam o atendimento clínico individual, no tratamento dessa população.

“...em casa to fazendo poucos exercícios, nesse mês, agora Natal, ano novo ai você já viu né! Desestimula um pouco.”(S6)

“Há eu gostaria de deixar o meu muito obrigado. Eu me tornei mais confiante e não sei agora isso vai me fazer falta, é essas reuniões vai me fazer falta. É isso eu achei muito bom.” (S11)

Nesse mesmo contexto algumas participantes expressam confiança em assumir atitudes de autocuidado, mas demonstram dependência à medida que se deparam com questões do cotidiano e que para elas são de difícil resolução, o que indica a necessidade da abordagem da educação para a autonomia. Apresentam-se gratas em participar do processo de aprendizagem. Tem confiança, mas revelam dependência à medida que se depara com coisas do cotidiano que são de difícil resolução.

Em vista dessa realidade a educação em saúde deve ter ações que desenvolvam o respeito à autonomia e à identidade de cada indivíduo, o educador deve respeitar a curiosidade, os anseios, as inquietudes, a linguagem dos educandos (FREIRE, 2008).

O ambiente do grupo para algumas das participantes é classificado como artificial. Identificam no seu cotidiano situações que comparadas ao grupo são elementos que desestimulam o processo de estabelecimento de novas práticas.

Indicando que os grupos educativos devem resgatar questões do cotidiano, como referido por Paulo Freire, e do grupo social e não tentar reproduzir os guias que não são contextualizados localmente.

Paulo Freire propõe a educação para autonomia, essa proposta está fundamentada na autonomia e liberdade do educando. Educar para a autonomia envolve considerar o contexto social em que o indivíduo está inserido e conduzi-lo para conquistar e construir a sua autonomia, tendo liberdade e segurança para tomar as suas próprias decisões (FREIRE, 2008).

Ao considerar o grupo um agente terapêutico e facilitador do processo de cuidado da doença, segundo as narrativas das participantes sugere que alcançamos os objetivos propostos no processo educativo problematizador, crítico, participativo segundo as concepções freirianas. O diálogo suscitado no grupo terapêutico, conduzido pelos profissionais de saúde envolvidos e pelas mulheres, emergiu palavras que são elementos construtivos para uma ação e reflexão. “O diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens.” (FREIRE, 2005, pág.91), ele é necessário às relações humanas e possibilita a reflexão sobre o pensar e o agir. Contudo, segundo Freire (2005) o diálogo não deve ser reduzido ao simples ato de depositar ideias de um sujeito para o outro e nem uma simples troca de ideias. A presença do diálogo é a possibilidade de reflexão das palavras, concepções do grupo envolvido e a consequência de suscitar ações construtivas, no caso do grupo terapêutico ações de manejo da doença.

Contudo, tornar o processo educativo um espaço de aprendizado que tenha o elemento da palavra imposta por cada sujeito do processo e que possibilite a construção conjunta de ações terapêuticas é necessário aos profissionais de saúde não se julgarem auto-suficientes e que o diálogo do grupo é incompatível com o deles, mas que tenham humildade, busquem aproximar-se dos sujeitos, sejam capazes de compreender que não existem sábios absolutos, nem ignorantes absolutos, e se tornem homens dialógicos (FREIRE, 2005), o que possibilita tornar o processo educativo um espaço de diálogo e de debate das ações e condutas quanto ao processo de adoecer.

Segundo Freire os indivíduos reconhecem os condicionantes para a sua liberdade, mas na sua vida pessoal e social deparam-se com barreiras que precisam

ser vencidas e são percebidas criticamente, essas barreiras são chamadas por ele de “situações-limites”. Cada pessoa apresenta uma conduta frente a essa situação; algumas a percebem como um obstáculo que não querem ou que não conseguem transpor, outras percebem criticamente essa situação e sentem desafiadas a resolver da melhor maneira possível com esperança e confiança os problemas que apresentam. Contudo, para isso é necessário ao sujeito o distanciamento das “situações-limites” e a compreensão profunda do problema percebido e destacado. Freire denomina as ações necessárias para romper essas “situações-limites” de “atos limites” e esses ocorrem quando há a superação, negação às “situações-limites” e uma postura decidida frente a resolução de problemas (FREIRE, 2007).

CONCLUSÕES

Através dos discursos analisados pode-se observar que a participação nas oficinas colaborou para motivar o autocuidado, a mudança de comportamento alimentar e de vida, algumas destacam mudanças na alimentação e no estilo de vida (parar de fumar, realizar atividade física regularmente, substituição do processo de preparo de alimentos, como por exemplo, da fritura por assados, cozidos no vapor). É importante ao profissional em educação em saúde saber ouvir os pacientes, pois a subjetividade das suas expressões podem colaborar para a compreensão das suas atitudes em relação à doença e auxiliá-lo na implementação dos cuidados à saúde.

A representação do processo educativo para os sujeitos envolvidos é de um meio onde ocorreu aprendizado, aquisição de informações, troca de experiências, suscitou sentimento de gratidão, sendo um meio facilitador para o estabelecimento do autocuidado. Deste modo, esses resultados obtidos sugerem que o objetivo de desenvolver um processo educativo permeado da participação crítica dos sujeitos, problematizando as práticas de cuidado da doença, levando a geração de diálogo, foi alcançado.

É necessário compreender a complexidade da relação dos sujeitos com a doença que apresentam, as suas experiências, emoções e opiniões, as quais foram referidas durante os discursos e colaboraram para o planejamento das oficinas. Através dos discursos é possível verificar que ao profissional de saúde que trabalhe

com educação é essencial considerar não apenas o diagnóstico clínico do paciente, mas entender os aspectos biológicos, emocionais, sociais e psicológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFONSO, M. L. M. (Org.). **Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde**. 2ª ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2010. 389 p.
- ALVAREZ, T. S.; ZANELLA, M. T. Impacto de dois programas de educação nutricional sobre o risco cardiovascular em pacientes hipertensos e com excesso de peso. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n.1, p. 71-79. 2009.
- ASSAD, L. G. **Entre o sonho e a realidade de ser transplantado renal**. 1997. 115 p. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro.
- BARSAGLINI, R. A.; CANESQUI, A. M. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 919-932, dez. 2010.
- BOOG, M. C. F. **Educação em nutrição: integrando experiências**. Campinas, SP: Komedi, 2013, 268 p.
- BOOG, M. C. F. Programa de educação nutricional em escola de ensino fundamental de zona rural. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 6, p. 1005-1017, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas**. Brasília, DF, Maio 2012, 28 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília, DF, 2006, 210 p.
- CALLAHAN, L. F.; SCHOSTER, B.; HOOTMAN, J.; BRADY, T.; SALLY, L.; DONAHUE, Katrina, et al. Modifications to the Active Living Every Day (ALED) course for adults with arthritis. **Preventing Chronic Disease**, Atlanta, v. 4, n. 3, a. 58, July, 2007.
- CAMPOS, C. J. G. O método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611- 614, set./out., 2004.
- CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 259-264, mar./abr., 2009.
- CANESQUI, A. M. (Org.) **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. 149p.

CANESQUI, A. M. A qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 2, p. 203-216, 2007.

CANESQUI, A. M. Compreender a dor. **Interface**, Botucatu, v. 15, n.37, p. 613-616, 2011.

CANESQUI, A. M. Produção científica das ciências sociais e humanas em saúde e alguns significados. **Saúde sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 15-23, 2012.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1103-1114, 2012.

CANESQUI, A. M.; DIEZ GARCIA, R. W. (Orgs.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 306 p. (Col. Antropologia e Saúde).

CASOTTI, L.; RIBEIRO A.; SANTOS C.; RIBEIRO P. Consumo de alimentos e nutrição: dificuldades práticas e teóricas. **Cadernos de Debate**, Campinas: NEPA/UNICAMP, v. 6, p. 26-39, 1998.

CESARINO, C. B.; CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. V.; CIORLIA, L. A.; GODOY, M. R. P. de; CORDEIRO, J. A.; RODRIGUES, I. C. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008.

CEZARIO, E. P. **A visão da morte e do morrer dos profissionais da saúde de um hospital universitário terciário e quaternário de São Paulo**. 2012. 188 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo.

COSTA, P. R. de F. et al. Mudança nos parâmetros antropométricos: a influência de um programa de intervenção nutricional e exercício físico em mulheres adultas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1763-1773, ago. 2009.

DANIEL, J. M. P.; CRAVO, V. Z. Valor social e cultural da alimentação. In: CANESQUI, A. M.; DIEZ-GARCIA, R. W. (Orgs.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 57-68. (Col. Antropologia e Saúde).

DEEHY, K.; HOGER, F. S.; KALLIO, J.; KLUMPYAN, K.; SAMOA, S.; SELL, K.; YEE, L. Participant-centered education: building a new WIC nutrition education model. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, Hamilton, n. 42, Suppl. 3, p.S39-S46, may/june 2010.

DEVINE, C.; BRUNSON, R.; JASTRAN, M.; BISOGNI, C. It Just Really Clicked: Participant-Perceived Outcomes of Community Nutrition Education Programs.

Journal of Nutrition Education and Behavior, Hamilton, v. 38, n. 1, p. 42-49, january/february 2006.

DOĞAN, N.; TOPRAK, D.; DEMIR, S. Hypertension prevalence and risk factors among adult population in Afyonkarahisar region: a cross-sectional research. **The Anatolian Journal of Cardiology - Anadolu Kardiyol Derg.**, Cağaloğlu, İstanbul, v. 12, n. 1, p. 47-52, february. 2012.

EGNEW, T. R. The meaning of healing: transcending suffering. **Annals of Family Medicine**, Leawood, v. 3, n. 3, p. 255-262, May 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 38ª. Edição. São Paulo: Paz e Terra, 2008, 148p.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** 14ª. Edição. São Paulo: Paz e Terra, 2007, 245p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 45ª. Edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005, 213p.

GERMAIN, C. P. Nursing the dying: implications of Kübler-Ross' staging theory. **The Annals of American Academy of Political and Social Science**, Philadelphia, v. 447, p. 46-58, Jan. 1980.

HILDEBRAND, D. A.; SHRIVER, L. H. A quantitative and qualitative approach to understanding fruit and vegetable availability in low-income african-american families with children enrolled in an urban head start program. **Journal of the American Dietetic Association**, Chicargo, v. 110, n. 5, p. 710-718, May. 2010.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n.2, p.115-121, jun, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC). **Acordo para redução do teor de sódio em alimentos ainda traz metas tímidas.** 29 de agosto de 2012. Disponível em: <http://www.idec.org.br/em-acao/em-foco/acordo-para-reduco-do-teor-de-sodio-em-alimentos-ainda-traz-metas-timidadas>>. Acesso em 24 de janeiro de 2013.

IRIARTE, L. C.; MARTÍNEZ, L. R. de G.; OLANO, M. L.; GARCÍA, C. V. Paciente con hepatitis aguda fulminante / Clinical case: coping strategies used by the family of a patient with acute fulminant hepatitis. **Rev. Enferm.**, Barcelona, v. 35, n. 4, p. 292-299, abr. 2012.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes.** 9ª Ed. São Paulo: Martins Fontes. 2008, 296p.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-490, out/dez, 1994.

LAUAND, J.; CHASSERAUX P. N. C. Cozinha, antropologia e educação – algumas reflexões, **Collatio**, Universidade do Porto, p. 5-16, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.hottopos.com/collat12/05-16JeanPri.pdf>>. Acesso em 24 de janeiro de 2013.

LE BRETON, D. **Compreender a dor**. Portugal: Estrelapolar, 2007.

LÉVI-STRAUSS, C. **O cru e o cozido**. Mitológicas. v. 1. São Paulo: Cosac & Naify. 2004.

LITTLE, P.; KELLY, J.; BARNETT, J.; DORWARD, M.; MARGETTS, B.; WARM, D. Randomised controlled factorial trial of dietary advice for patients with a single high blood pressure reading in primary care. **B.M.J.**, v. 328, n. 7447, p. 1054, may. 2004.

MAULDON, M.; MELKUS, G. D`E.; CAGGANELLO, M. Tomando Control: a culturally appropriate diabetes education program for Spanish-speaking individuals with type 2 diabetes mellitus - evaluation of a pilot project. **The Diabetes Educator**, Chicargo, v. 32, n. 5, p.751-760, september/october 2006.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. rev. e atual. Petrópolis: Vozes, 2007. 108 p.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MOREIRA, S. A. Alimentação e comensalidade: aspectos históricos e antropológicos. **Ciência e cultura**, São Paulo, v. 62, n. 4, p. 23-26, outubro 2010.

OLIVEIRA, F. A. Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication, **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.6, n.10, p.63-74, 2002.

ONO, A.; FUJITA, T. Factors relating to inadequate control of blood pressure in hypertensive outpatients. **Journal of Hypertension**, London, v. 26, n. 3, p. 219-24, 2003.

RIBEIRO, A. G.; RIBEIRO, S. M.; DIAS, C. M.; RIBEIRO, A. Q.; CASTRO, F. A.; SUÁREZ-VARELA, M. M.; COTTA, R.M. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. **BMC Public Health**, London, v. 11, n. 637, p. 1-10, August 2011.

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

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

RODRÍGUEZ PÉREZ, M. C.; CABRERA DE LEÓN, A.; MORALES TORRES, R. M.; DOMÍNGUEZ COELLO, S.; ALEMÁN SÁNCHEZ, J. J.; BRITO DÍAZ, B.; GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, A.; ALMEIDA GONZÁLEZ, D. Factors associated with knowledge and control of arterial hypertension in the canary islands. **Revista Española de Cardiología**, Madrid, v. 65, n. 3, p.234-240, mar. 2012.

ROTENBERG, S.; VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, p. 85-94, 2004.

SRANACHAROENPONG, K.; HANNING, R. M. Diabetes Prevention Education Program for Community Health Care Workers in Thailand. **Journal of Community Health**, New York, v. 37, n. 3, p.610-618, june 2012.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 4ª ed., Petrópolis: Ed. Vozes, 2010. 688 p.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 336p.

VASCONCELOS, E. M. Espiritualidade na educação popular em saúde. **Caderno Cedes**, Campinas, v. 29, n. 79, p. 323-334, set./dez. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva, 1997. Report of a WHO consultation on obesity.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva, 1995. Report of a WHO expert committee.

4. Conclusões

CONCLUSÕES

Frente ao objetivo de avaliar um programa de EAN associado à prática de atividade física desenvolvido em uma Unidade de Atenção Básica situada no interior do Estado de São Paulo, utilizando a metodologia da educação problematizadora, crítica, participativa descrita por Paulo Freire, a partir de ferramentas de análise quantitativa e qualitativa foi possível concluir que:

A adesão ao programa educativo foi de 58%, valor semelhante aos de outros estudos, e a evolução clínica das participantes foi satisfatória com redução no percentual de gordura corporal, peso, IMC, características que colaboram para a prevenção e o cuidado da doença crônica metabólica.

Não foram identificadas muitas alterações nos hábitos alimentares, mas as que ocorreram foram benéficas ao manejo da doença crônica; aumento no consumo de leite, redução no consumo de frituras e de carne.

O manejo do paciente com doença crônica apresenta particularidades, cada indivíduo é um ser único e encontra-se em um momento de motivação ou não de mudança de hábitos. Vários sujeitos denotaram mudanças nos hábitos de vida e alimentares, como por exemplo, prática de atividade física regularmente, substituição do modo de preparo de alimentos, troca da fritura pelo cozimento à vapor ou em água, aquisição de conhecimentos técnicos de nutrição.

Pode-se dizer que a proposta de implementar um programa educativo crítico, participativo, que conduza os atores do processo à autonomia quanto ao manejo da doença crônica, foi alcançada, pois, para as mulheres as oficinas educativas representaram um espaço de trocas, de escuta, de ajuda, que suscitou sentimento de gratidão ou até mesmo em alguns casos de dependência. Contudo, o processo de mudança de hábito é contínuo e dependente de múltiplos fatores como os aspectos sociais, culturais, econômicos, biológicos e psíquicos dos sujeitos envolvidos.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BATISTA FILHO, M.; BATISTA, L. V. Transição alimentar/ nutricional ou mutação antropológica? **Ciênc. Cult.**, São Paulo, v. 62, n. 4, p. 26-30, 2010.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas**. Brasília, 28 p. 2012.

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

CALLAHAN, L. F.; SCHOSTER, B.; HOOTMAN, J.; BRADY, T.; SALLY, L.; DONAHUE, K., et al. Modifications to the Active Living Every Day (ALED) course for adults with arthritis. **Prev. Chronic Dis.**, Atlanta, v. 4, n. 3, a. 58, July, 2007.

CARNEIRO, H. **Comida e sociedade: uma história da alimentação**. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) 380/2005. Disponível em: <http://www.crn9.org.br/uploads/file/res380.pdf>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 38ª. Edição. São Paulo: Paz e Terra, 2008, 148p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Aquisição alimentar domiciliar per capita Brasil e Grandes Regiões. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2010, 222p. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/Pofpublicacao.pdf. Acesso em: 07 de Abril de 2013.

MAULDON, M.; MELKUS, G. D`E.; CAGGANELLO, M. Tomando Control: a culturally appropriate diabetes education program for Spanish-speaking individuals with type 2 diabetes mellitus - evaluation of a pilot project. **Diabetes Educ.**, Chicago, v. 32, n. 5, p.751-760, September/October 2006.

MEDEIROS, M. A. T. Desafios do campo da alimentação e nutrição na atenção básica. In: DIEZ-GARCIA, R. W. e CERVATO-MANCUSO, A. M. (Coord.). **Mudanças alimentares e educação nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p.173-180. (Col. Nutrição e metabolismo).

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

POULAIN, J-P.; PROENÇA, R. P. C. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.16, n.3, p.245-256, jul./set., 2003.

RIBEIRO, A. G.; RIBEIRO, S. M.; DIAS, C. M.; RIBEIRO, A. Q.; CASTRO, F. A.; SUÁREZ-VARELA, M. M.; COTTA, R. M. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. **BMC Public Health**, London, v. 11, n. 637, p. 1-10, August 2011.

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

TORREZAN, R. M.; GUIMARÃES, R. B.; FURLANETTI, M. P. F. R. A importância da problematização na construção do conhecimento em saúde comunitária. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 1, p. 107-124, mar./jun.2012.

VELOSO, I. S.; FREITAS, M. C. S. A alimentação e as principais transformações no século XX: uma breve revisão. In: FREITAS, M. C. S.; FONTES, G. A. V.; OLIVEIRA, N. (Orgs.). **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura**. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 9-15.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE ARARAQUARA

Batatais, de de 2011.

Venho através dessa carta convidá-la para participar de uma pesquisa que tem como título: “Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção nutricional instrumentalizada por rádio popular frente à intervenção em grupo para mulheres cadastradas no programa HiperDia” e será realizada por mim dentro das dependências do Centro de Saúde Escola Dr. Ângelo Marcolini e do Centro Universitário Claretiano, com mulheres cadastradas no Programa de Assistência Farmacêutica HiperDia.

Nesta pesquisa será realizada medida de peso, altura, pressão arterial, exames bioquímicos de colesterol total, colesterol de HDL, colesterol de LDL, triglicerídeos, glicemia de jejum, avaliação de consumo alimentar - através de questionário. Além de participar de um grupo de orientação nutricional com reuniões semanais durante um período de 6 meses.

As avaliações e reuniões serão realizadas por mim, Érika da Silva Bronzi, nutricionista e estudante do curso de Doutorado da UNESP de Araraquara. Com o objetivo de avaliar os resultados de uma intervenção interativa instrumentalizada por um programa de rádio popular para controle de doenças crônicas em relação à intervenção em grupo em mulheres cadastradas no programa HiperDia.

Nestes testes será mantida a absoluta privacidade das participantes. Todos os procedimentos realizados na pesquisa não trazem risco para a integridade física, mental ou moral dos participantes da pesquisa. Os dados individualizados serão confidenciais e os resultados coletivos serão divulgados nos meios científicos, podendo ser publicados em revistas científicas.

Espero contar com sua colaboração, desde já agradeço.

Érika da Silva Bronzi

Nutricionista, Doutoranda da UNESP

Eu, _____ RG _____,

CPF _____ concordo em participar da pesquisa.

Assinatura da participante: _____

Em caso de dúvida telefonar para 3660-1770 falar com Érika.

Apêndice B – Recordatório de 24 horas

Dia: ___/___/___

Dia da semana: () Domingo () Segunda-feira () Terça-feira () Quarta-feira

() Quinta-feira () Sexta-feira () Sábado

Refeição/ Hora/Local	Alimentos	Medida Caseira	Quantidades (g ou mL)
Café da manhã Hora: Local:			
Colação Hora: Local:			
Almoço Hora: Local:			
Lanche Hora: Local:			
Jantar Hora: Local:			
Ceia Hora: Local:			

Observações: _____

Apêndice C – QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA DE AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS PELA FAMÍLIA

I – IDENTIFICAÇÃO E COMPOSIÇÃO DA FAMÍLIA

Data da Entrevista: ___/___/___	Entrevistador:	Telefones do entrevistado:
---------------------------------	----------------	----------------------------

IDENTIFICAÇÃO

Nome:	Data de Nascimento: ___/___/___	Sexo:
Endereço:	Idade: _____ anos	
	Naturalidade:	

CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

No. ordem	Nome	Cód.	Sexo	Idade	Nível de Instrução	Ocupação
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						

Códigos (Cód.)

Condição na família		Nível de instrução	
1. Chefe 2. Cônjuge 3. Filho 4. Outro parente 5. Agregado	6. Pensionista 7. Empregado doméstico 8. Parente do empregado 9. Morador ausente	1. Analfabeto 2. Sabe ler, escrever 3. Primário incompleto / Até 3a. Série Fundamental 4. Primário completo / Até 4a. Série Fundamental 5. 1º grau incompleto / Fundamental incompleto 6. 1º grau completo / Fundamental completo	7. 2º grau incompleto / Médio Incompleto 8. 2º grau completo / Médio completo 9. Técnico 10. Sup. incompleto 11. Sup. Completo 12. Pós-graduação

II – AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS

1- Quem compra os alimentos em casa?	Pai (A)	Mãe (B)	Filho / Filha (C)	Outro (D). Quem?
2 - Formas de pagamento dos alimentos	À vista (A) Quais locais:		Caderneta (B) Quais locais:	Outro (C) Quais locais:
Supermercado (D)	Feira / ambulante (E)	Verdureiro (F)	3 - Dificuldade de encontrar algum alimento no bairro? Sim (A) Não (B)	
Sacolão (G)	Açougue (H)	Padaria (I)	4 - Se sim, qual o alimento e qual a dificuldade de encontrá-lo?	
Armazém (J)	Quitanda (K)	Outro (L). Qual?		

III – LOCAL DAS REFEIÇÕES

1. Café da Manhã	2. Lanche da Manhã	3. Almoço	4. Lanche da Tarde	5. Jantar	6. Ceia

Código do local das refeições: (A) Não faz; (B) Casa; (C) Trabalho mas leva de casa; (D) Trabalho; (E) Escola; (F) Restaurante/Lancheonete; (G) Outros

IV - PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO

1 - A família recebeu doação de algum tipo de alimento no último mês?				Sim (A)	Não (B)
2 - Se sim, qual(is) alimento(s) recebeu?		Leite em pó (A)	Leite fluído (B)	Cesta básica (C)	Outros. Quais? (D)
3 - Quem distribuiu?	Prefeitura (A)	Min. Saúde (B)	Não sabe (D)		Entidade Filantrópica (C)
	Governo Federal (E)	Igreja / Pastoral (F)	Comitê Contra Fome (G)		Outros. Quais? (H)
4 - Quem consumiu os alimentos recebidos?	Toda família (A)		As crianças (B)	Mulheres amamentando (C)	
	Os idosos (D)		Gestantes (E)	Outros. Quais? (F)	
5 - A família, para receber estes Alimentos, participou de atividades de:	Saúde (A)			Trabalho Comunitário (B)	
	Palestras educativas (C)			Nenhuma atividade (D)	

V - PROGRAMAS DE RENDA

1 - Recebe alguma ajuda financeira?	Sim (A)	Não (B)	De quem (C):	Bolsa escola (D)
				Renda mínima (E)
				Outro (F)

VI - INFRA-ESTRUTURA DA FAMÍLIA

1- Tipo de construção da casa:	Alvenaria completa (A)		Alvenaria incompleta (B)		Madeira / outros (C)
2 - Situação da moradia:	Própria (A)	Alugada (B)	Cedida (C)	Financiada (D)	Outra (E)
3 - Saneamento:	Esgoto e água (A)	Fossa e água (B)	Esgoto e poço (C)	Fossa e poço (D)	Sem saneamento (E)

VII - HISTÓRIA ALIMENTAR

1. Apresenta aversão a algum(s) alimento(s)? Se sim, qual(is)?	Sim (A)	Não (B)
2. Apresenta intolerância/alergia a algum(s) alimento(s)? Se sim, qual(is)?	Sim (A)	Não (B)
3. Apresenta preferência a algum(s) alimento(s)? Se sim, qual(is)?	Sim (A)	Não (B)

VIII - Frequência de compra dos alimentos

Alimento	A Diário	B Semanal B1 (1 a 3x)	B2 (4 a 6x)	C Quinzenal	D Mensal	E Eventual	F Não compra	G Quanti// que compra	H Onde compra	I Legenda
1- Cereais										
1-Pão								Kg		
2-Biscoito								Pct 200g		
3-Arroz								Pct 5Kg		
4-Batata/mandioca								Kg		
5-Pipoca								Pct 500g		
6-Macarrão								Pct 500g		
7-Farinha trigo								Pct 500g		
8-Farinha mand.								Pct 500g		
9-Farinha milho								Pct 500g		
2- Leguminosas										
1-Leguminosas								Pct 1Kg		
3- Carnes em geral										
1-Carne de vaca e/ou de porco								Kg		
2-Frango								Kg		
3-Peixe								Pct		
4-Embutidos								Kg e em pedaço		
5-Miúdos								Kg fígado e coração de frango		
6-Ovos								dz		
4- Leite e derivados										
1-Leite								Litro		
2-Iogurte								Bandeja e litro		
3-Queijo								Pedaço		
5- Vegetais										
1-Verduras								Maço		
2-Legumes								Kg		
3-Cebola								Kg		
4-Alho								Kg		

Alimento	A Diário	B Semanal B1 (1 a 3x)	B2 (4 a 6x)	C Quinzenal	D Mensal	E Eventual	F Não compra	G Quanti// que compra	H Onde compra	I Legenda
6- Frutas										
1-Frutas								Kg		
7- Enlatados										
1-Massa de tomate								Lata 340g		
2-Milho verde								Lata 200g		
3-Ervilha								Lata 125g		
4-Sardinha em lata								Lata 125g		
8- Adicional energético										
1-Margarina								Pct 250g ou 500g		
2-Manteiga								Pct 250g ou 500g		
3-Café								Pct 506g		
4-Refrigerante								2 Litros		
5-Bebidas alcoólicas								Garrafa 600mL		
6-Suco em pó								Pct 35g		
7-Doces								Pct 350g		
8-Balas/ chocolate								Pct		
9-Açúcar								Pct 5Kg		
10-Óleos*								900mL		
9-Sal										
1-Sal								Pct 1Kg		

* Quantas vezes faz frituras por semana ?

O óleo é utilizado mais de uma vez na semana ?	1-Sim. () Quantas vezes? ()	2-Não ()
--	----------------------------------	-----------

Indicar quais são as frutas que compra habitualmente: _____

Indicar quais são as verduras que compra habitualmente: _____

Indicar quais são os legumes que compra habitualmente: _____

Apêndice D - AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Data da Avaliação: ____/____/____

Peso: _____ Kg

Altura: _____ Kg

IMC: _____ Kg/m²

Circunferência do Braço: _____ cm

Circunferência da Cintura: _____ cm

Circunferência do Quadril: _____ cm

Circunferência do Abdômen: _____ cm

Pregas cutâneas:

Bicipital: _____, _____, _____, = _____ mm

Tricipital: _____, _____, _____, = _____ mm

Subescapular: _____, _____, _____, = _____ mm

Suprailíaca: _____, _____, _____, = _____ mm

Bioimpedância:

Porcentagem de Gordura corporal: _____%

Porcentagem de Massa Magra: _____%

Diagnóstico Médico (Aplicado somente pré-intervenção)

1. Quais as doenças que apresenta?

() Hipertensão Arterial. () Diabetes. () Câncer. () Gota. () Gastrite.
() Dislipidemia. () Úlcera Gástrica. () Outras: _____.

2. Diagnóstico Médico.

3. Pratica alguma atividade física?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

A quanto tempo? _____ Qual a frequência? _____ Duração? _____.

Apêndice E - AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

(Aplicado somente pré-intervenção)

1) Posse de Itens

	Não tem	Tem			
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

2) Grau de Instrução do Chefe de Família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3a. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4a. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

3) Total de Pontos: _____

4) Classificação das Classes

	A1
	A2
	B1
	B2
	C
	D
	E

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Ponto
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

Classe Pontos

Fonte: ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2010 – www.abep.org – abep@abep.org

Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2008 - IBOPE

Apêndice F – ROTEIRO DE ENTREVISTA INICIAL

Entrevista Inicial

Falar o dia da entrevista

Perguntar o Nome Completo e a Idade do entrevistado: Qual o seu nome completo e sua idade?

1. A senhora é hipertensa?
2. A senhora é diabética?
3. Faz tempo que a senhora sabe que tem a doença (hipertensão/diabetes)?
4. O que a senhora sabe a respeito da doença (hipertensão/diabetes)?
5. Alguém orientou a senhora do que pode e o que não pode comer? Quem foi?
6. De tudo o que a Senhora sabe sobre a doença o que a senhora faz no dia a dia?
7. E em relação à alimentação?
8. E o que a senhora sabe que deveria fazer, mas não faz?

Apêndice G – ROTEIRO DE ENTREVISTA FINAL

Entrevista Final

Falar o dia da entrevista

Perguntar o Nome Completo e a Idade do entrevistado: Qual o seu nome completo e sua idade?

1. A Senhora é Hipertensa?
2. A Senhora é Diabética?
3. O que a Senhora sabe a respeito da doença (Hipertensão e/ou Diabetes)?
4. De tudo o que a Senhora sabe sobre a doença o que a senhora faz no dia a dia?
5. E em relação à alimentação?
6. E o que a senhora sabe que deveria fazer, mas não faz?
7. O que foi mais importante para a senhora durante a realização dos encontros?
8. O que foi menos importante para a senhora durante a realização dos encontros?
9. Do que foi falado nos encontros sobre alimentação o que a senhora adotou?
10. Como foi a experiência de discutir as questões de alimentação e doença com as outras colegas na presença do nutricionista?
11. O que mudou na sua vida depois de ter participado dos encontros?
12. A senhora gostaria de deixar alguma mensagem final?

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Claretiano de Batatais



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/CLARETIANO

PARECER CONSUBSTANCIADO

Registro no CEP/CLARETIANO: n. 24/2010.

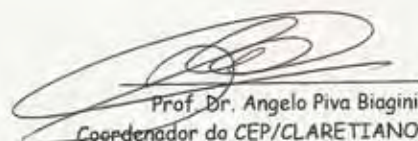
Pesquisadoras Responsáveis: Profa. Dra. Maria Jacira Silva Simões e Profa. Dra. Maria Rita Marques de Oliveira.

Em reunião realizada no dia 26 de maio de 2010, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Claretiano - CEP/CLARETIANO analisou o projeto intitulado "Desenvolvimento e Avaliação de uma Intervenção Nutricional Instrumentalizada por Rádio Popular junto a uma Equipe de Mulheres Cadastradas no Programa Hiperdia", elaborado pela Profa. Ms. Érika da Silva Bronzi, sob orientação das pesquisadoras supracitadas. De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP/CLARETIANO manifesta-se pela aprovação do projeto.

Situação: PROJETO APROVADO

- Prazo para entrega do relatório parcial: até dia 30 de junho de 2011.
- Prazo para entrega do relatório final com cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinado pelos voluntários do projeto: até dia 30 agosto de 2012.

Batatais, 10 de junho de 2010.


Prof. Dr. Angelo Piva Biagini
Coordenador do CEP/CLARETIANO

Orientações ao pesquisador:

- O voluntário da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96, IV. 1.f.) e deve receber uma cópia do TCLE na íntegra por ele assinado (Res. CNS 196/96, IV. 2.d.).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo (projeto) aprovado e, descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP/CLARETIANO (Res. CNS 196/96, III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Res. CNS 196/96, V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP/CLARETIANO deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 196/96, V.4).
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP/CLARETIANO de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo (projeto) a ser modificado e suas respectivas justificativas.
- O prazo para entrega do relatório final é de 60 (sessenta) dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto.
- Em caso de publicação dos dados obtidos na realização da pesquisa, o nome da instituição em que foi realizada a coleta, bem como dos voluntários deverão ser preservados.