

**CAROLINA CRISCUOLO**

**CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL  
JUNTO A UM GRUPO DE IDOSOS**

**Araraquara**

**2009**

**CAROLINA CRISCUOLO**

**CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL  
JUNTO A UM GRUPO DE IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição, Área de Ciências Nutricionais, da Faculdade de Ciências Farmacêuticas, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre em Alimentos e Nutrição.

Orientador: Prof. Dr. Rodolpho Telarolli Junior

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Iolanda Monteiro

**Araraquara**

**2009**

### **Ficha Catalográfica**

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

C932c Criscuolo, Carolina  
Contribuições da educação nutricional junto a um grupo de idosos. /  
Carolina Criscuolo. – Araraquara, 2009.  
199 f.

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

Orientador: Rodolpho Telarolli Junior

Co-orientador: Maria Iolanda Monteiro

1.Educação alimentar e nutricional. 2.Educação em saúde.  
3.Idoso.4.Nutrição. I.Telarolli Junior, Rodolpho, orient. II. Monteiro, Maria  
Iolanda, co-orient. III.Título.

**CAPES: 50700006**

**CAROLINA CRISCUOLO**

**CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL  
JUNTO A UM GRUPO DE IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição, Área de Ciências Nutricionais, da Faculdade de Ciências Farmacêuticas, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre em Alimentos e Nutrição.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Rodolpho Telarolli Junior  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Rita Marques de Oliveira  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Regina Guarnieri  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Araraquara, 16 de abril de 2009.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pela força, inspiração e que sempre orientou o meu caminho.

Aos meus pais, pelo carinho, apoio e compreensão.

À minha irmã, pelo carinho e estímulo.

À minha sobrinha, Melissa, que chegou para renovar a alegria de todos.

Ao Ronaldo, por todo auxílio e companheirismo.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fátima Neves do Amaral Costa, que me instigou os primeiros passos da pesquisa qualitativa.

Ao Prof. Dr. Rodolpho Telarolli Junior, pela compreensão e acolhida.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Iolanda Monteiro, um anjo que surgiu para me guiar neste trabalho.

Às Prof<sup>as</sup> Dr<sup>as</sup> Maria Rita Marques de Oliveira, Maria Regina Guarnieri e Maria Jacira Silva Simões, pelas valiosas sugestões e contribuições para o trabalho.

Ao Prof. Dr. Adalberto Farache Filho, coordenador da Unati, que cedeu o local para o desenvolvimento da pesquisa e de suas colaboradoras, Jô e Renata, pela colaboração e carinho.

Aos amigos Marina, Andréia, Giovana, Tamara, Gabriela, Renato, Adriana, Roberta, Mariana, Fabiana e todos os outros que passaram pela minha vida, pelo apoio, amizade, dividindo as alegrias e dificuldades durante o caminho.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Justina Papini Berto, outro anjo que sempre me estimulou na minha vida acadêmica e profissional e acreditou nas minhas potencialidades.

Aos funcionários da biblioteca da Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Ana Cristina, Irani, Moacir e Maria Rita; da pós-graduação, Cláudia, Sônia e Laura e; da biblioteca da Faculdade de Ciências e Letras, especialmente, à Ana Paula, pela amizade e colaboração na prestação de serviços e informações.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa concedida.

Aos meus queridos educandos, que sem eles não haveria razão para tudo isso, pela compreensão, carinho e sabedoria.

*“Fazendo-se e refazendo-se no processo de fazer a história, como sujeitos e objetos, mulheres e homens, virando seres da inserção no mundo e não da pura adaptação ao mundo, terminaram por ter no sonho também um motor da história. Não há mudança sem sonho, como não há sonho sem esperança”.*

*Paulo Freire*

## RESUMO

O envelhecimento populacional nas últimas décadas emerge a preocupação da criação de políticas públicas que favoreçam este envelhecimento com qualidade de vida. Visto que os principais problemas de saúde com os idosos estão relacionados com a sua alimentação e o estilo de vida, as atividades de educação nutricional tornam-se importantes para promoverem a saúde através de melhores práticas alimentares e do autocuidado dos indivíduos. O objetivo principal deste trabalho foi buscar evidências das contribuições da educação nutricional associada à educação problematizadora de Paulo Freire junto a um grupo de idosos. O trabalho foi pautado na metodologia do Estudo de Caso da pesquisa qualitativa em saúde com os seus principais instrumentos: entrevistas gravadas e encontros em grupo. Ocorreram nove encontros para discussão sobre alimentação e nutrição com um grupo de nove idosos, na Universidade Aberta à Terceira Idade, do Município de Araraquara/SP, no período de agosto a outubro de 2007. Após os encontros, foram realizadas entrevistas individuais nos domicílios dos participantes. Os resultados foram analisados através do método de análise de conteúdo. A investigação identificou que a maioria dos idosos buscava informações relevantes para a fase atual da vida e de socializá-las. Eles possuíam diversas doenças crônicas relacionadas com a alimentação e desejavam aprofundar seus conhecimentos no assunto para melhor controlá-las. O principal tema que os indivíduos necessitavam e tinham interesse de conhecimento era sobre alimentação saudável e apenas dois indivíduos não apresentavam condições socioeconômicas para tê-la. Os resultados indicaram que todos os participantes tentaram se apropriar dos conhecimentos, bem como consolidar e aprofundar conhecimentos anteriores, que foram discutidos nos encontros em grupo, através do processo de reflexão e conscientização, trazendo benefícios de forma individual e coletiva. O trabalho de educação nutricional associado à educação problematizadora evidenciou contribuições para a construção de conhecimentos dos indivíduos, às mudanças comportamentais e para o convívio social, favorecendo na prevenção e na promoção da saúde, sendo, portanto, uma alternativa para o planejamento das políticas públicas relacionadas à saúde dos idosos.

**Palavras-chave:** Educação Alimentar e Nutricional. Educação em Saúde. Educação Problemática. Idoso. Pesquisa Qualitativa. Saúde do Idoso. Nutrição.

## ABSTRACT

The ageing population in recent decades emerge concerns of creation of public policies that promote this aging with quality of life. Since the main health problems in the elderly are related to their diet and way of life, nutrition education activities become important to promote health through better feeding practices and the individual self-care. The main aim of this work was to find evidences of nutrition education contributions related to the problematical education by Paulo Freire among an elderly group. The work was based on the Case Study methodology of qualitative research with its main instruments: recorded interviews and group meetings. Were executed nine meetings to discuss about food and nutrition, with a group of nine elderly, in the Open University for the Third Age, in Araraquara/ SP, from August to October 2007. After the meetings, individual interviews were conducted in the participant homes. The results were analyzed by the content analysis method. The research identified that all participants sought relevant information to their current life phase and socialize it. They had several chronic diseases related to the diet and wanted deeper their knowledge about it to better control them. The main theme individuals needed and had interest of knowledge was about healthy eating and just two individuals hadn't socioeconomic conditions to have it. All the participants tried to attain the knowledge that was discussed in the group meetings, as well consolidate and deeper their previous knowledge, through the reflection and awareness process, bringing benefits on individual and collective ways. The nutrition education work associated with the problematical education showed contributions to the knowledge construction, to the behavior changes, as well the social coexistence, favoring the prevention and the health promotion and therefore an alternative to the public policies planning related to the elderly health.

**Key-words:** Food and Nutrition Education. Health Education. Problematical Education. Aged. Qualitative Research. Health of the Elderly. Nutrition.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Pirâmide da população mundial em 2002 e em 2025.....	12
Figura 2 – Algoritmo com as fases da pesquisa.....	65
Gráfico 1 – Acertos das questões sobre classificação dos alimentos em grupos de nutrientes antes e após a intervenção educativa. Unati, Araraquara/SP, 2007.....	99
Quadro 1 – Roteiro das entrevistas com os participantes da pesquisa.....	46
Quadro 2 – Indicadores socioeconômicos e culturais dos participantes do estudo, 2007.....	49
Quadro 3 – Características de saúde dos participantes do estudo, 2007.....	52
Quadro 4 – Descrição dos temas discutidos nos encontros em grupo, 2007.....	62

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
1.1 Envelhecimento humano e populacional: um panorama geral.....	11
1.2 Envelhecimento humano e políticas públicas.....	16
1.3 O idoso e o estado nutricional.....	21
1.4 O idoso e a educação nutricional.....	25
1.5 A educação problematizadora de Paulo Freire.....	29
1.6 Objetivos.....	33
<b>2 DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>34</b>
2.1 Pesquisa qualitativa.....	34
2.2 Estudo de caso.....	38
2.3 Fase exploratória.....	39
2.4 Local e período de realização do trabalho de campo.....	42
2.5 Participantes do estudo e critérios de amostragem.....	42
2.6 Principais instrumentos de coleta de dados da pesquisa.....	43
2.6.1 Entrevista.....	43
2.6.1.1 Sobre a entrevista inicial.....	45
2.6.1.2 Sobre as entrevistas relativas aos encontros em grupo.....	45
2.6.1.3 Sobre a entrevista final.....	47
2.6.2 Encontros em grupo.....	47
2.7 Análise dos dados.....	48
2.8 Aspectos éticos.....	48
<b>3 RESULTADOS.....</b>	<b>49</b>
3.1 Características dos participantes da pesquisa.....	49
3.2 Justificativa para os temas de discussão dos encontros em grupo.....	58
3.3 Sobre os encontros em grupo.....	63
3.3.1 Primeiro encontro em grupo.....	66
3.3.2 Segundo encontro em grupo.....	67
3.3.3 Terceiro encontro em grupo.....	68

3.3.4 Quarto encontro em grupo.....	69
3.3.5 Quinto encontro em grupo.....	70
3.3.6 Sexto encontro em grupo.....	70
3.3.7 Sétimo encontro em grupo.....	71
3.3.8 Oitavo encontro em grupo.....	71
3.3.9 Nono encontro em grupo.....	72
3.4 Resultados das discussões realizadas com os indivíduos.....	73
3.4.1 Tema um: Nutrição e envelhecimento.....	73
3.4.2 Tema dois: Escolha e compra de alimentos, rótulos e aditivos nos alimentos.....	81
3.4.3 Tema três: Alimentação saudável.....	87
3.4.4 Tema quatro: Alimentos funcionais.....	100
3.4.5 Tema cinco: Radicais livres.....	104
3.4.6 Resultados de aspectos gerais e finais sobre o curso.....	108
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>121</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLOGRÁFICAS.....</b>	<b>127</b>
Anexo A.....	138
Anexo B.....	139
Anexo C.....	142
Anexo D.....	161
Anexo E.....	162
Anexo F.....	163
Anexo G.....	167
Anexo H.....	179
Anexo I.....	189

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira vem ocorrendo muito rapidamente e indica um importante aumento da população idosa, tanto em termos absolutos quanto proporcionais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004a). Este fato é verificado mundialmente e revela que o século 20 foi caracterizado por profundas mudanças socioeconômicas e por avanços tecnológicos que propiciaram melhores condições de vida à população como um todo e, em particular, aos idosos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Embora o aumento da expectativa de vida seja uma das maiores conquistas da humanidade é também um dos maiores desafios. O envelhecimento global causará neste século um aumento das demandas sociais e econômicas e são necessárias reformulações nas políticas públicas para que esta população envelheça com saúde e qualidade de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Visto que os principais problemas de saúde e causas de morte, que acometem os idosos sofrem influências do comportamento alimentar e do estado nutricional, tornam-se importantes medidas preventivas na área de nutrição dentro das políticas públicas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003a).

A educação nutricional, como estratégia para a promoção da saúde, é uma importante ferramenta para a modificação de hábitos alimentares prejudiciais e dá autonomia aos educandos para que realizem, com plena consciência, suas escolhas de alimentos saudáveis (BOOG, 1996).

Associada à educação nutricional, a educação problematizadora proposta por Freire (1988) pode auxiliar as mudanças comportamentais para a melhoria da saúde da população e, assim, da sua qualidade de vida, por intermédio de um trabalho de conscientização, reflexão e ação, em que educador e educando interagem, dialogam e aprendem durante o processo.

Tais trabalhos de educação nutricional mostram-se necessários, visto o aumento da incidência das doenças crônicas relacionadas à alimentação nesta faixa etária da população brasileira e a necessidade de alternativas preventivas para uma política de saúde efetiva no país. Além disso, diferentemente de outros estudos, este trabalho oferece a abordagem metodológica da pesquisa qualitativa em saúde.

Deste modo, o presente trabalho foi organizado em quatro capítulos principais. No primeiro capítulo são apresentadas as justificativas para a realização deste estudo, mostrando os principais conceitos e as relações entre a educação nutricional, a educação problematizadora, o envelhecimento populacional, as políticas públicas nacionais que contemplam os idosos, o estado nutricional destes e os objetivos do estudo.

No capítulo dois apresentam-se o referencial teórico da pesquisa qualitativa e os caracteres metodológicos deste trabalho, com destaque para o local e a realização do estudo, a fase exploratória, os principais instrumentos de coleta de dados, os critérios de amostragem e o processo analítico dos dados.

No capítulo três apresentam-se os resultados obtidos neste estudo, bem como as respectivas análises e, no capítulo quatro, são apresentadas as conclusões.

### **1.1 Envelhecimento humano e populacional: um panorama geral**

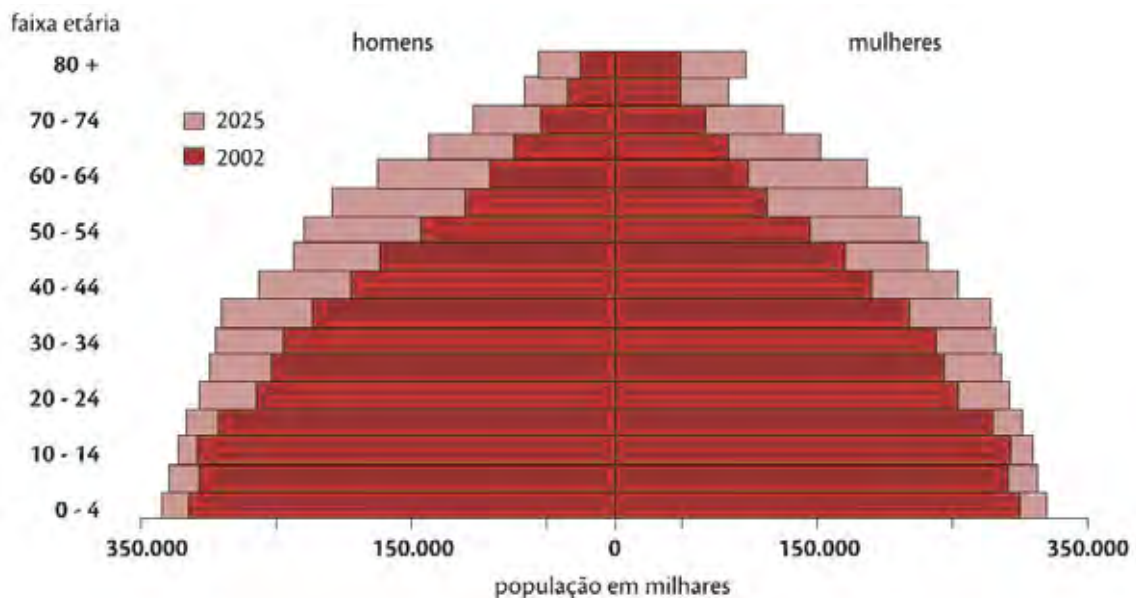
O envelhecimento humano e populacional vêm sendo a cada dia mais discutido pelos governantes, pesquisadores e a mídia, devido ao crescimento mundial da população idosa. Estudos sobre o processo de envelhecimento, políticas públicas e ações curativas e preventivas tornam-se necessários para que estes indivíduos envelheçam de forma saudável (VERAS e CALDAS, 2004).

O envelhecimento humano é conceituado como um processo normal que começa na concepção do indivíduo, caracterizando-se por alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas durante toda a vida, que levam a uma diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente e que terminam por levá-lo à morte. Todo esse processo pode ser influenciado por fatores genéticos e ambientais como o tabagismo, a alimentação, poluição, radiação, álcool, etc. (HARRIS, 2002; MORIGUTI, IUCIF JR e FERRIOLI, 1998).

Segundo Veras (1994), a velhice é um termo impreciso. Em relação à idade, torna-se difícil a percepção de quando as funções do corpo começam a ficar alteradas. A Organização Mundial da Saúde – OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002) e o Estatuto do Idoso, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), definem a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade. Nos países desenvolvidos, são caracterizados como idosos os indivíduos acima de 65 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento. A composição etária de um país – o número proporcional de crianças, jovens, adultos e idosos – é um elemento importante a ser considerado pelos governantes a fim de serem elaboradas as políticas públicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

O envelhecimento da população está relacionado com os processos de transição demográfica e epidemiológica, isto é, à redução da fecundidade, ao aumento da proporção de pessoas com 60 anos ou mais, ao decréscimo dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias e ao aumento dos óbitos por doenças crônicas não-transmissíveis (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003). À medida que as populações envelhecem (Figura 1), a pirâmide populacional triangular de 2002 será substituída por uma estrutura mais cilíndrica em 2025 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).



Fonte: United Nations (2001).

Figura 1 – Pirâmide da população mundial em 2002 e em 2025.

Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento populacional foi acompanhado por transformações socioeconômicas que propiciaram melhores condições de vida à população como um todo e, em particular, aos idosos. As alterações destas condições de vida podem ser atribuídas aos avanços na área da saúde, através de intervenções eficazes na prevenção de doenças, do tratamento precoce dos indivíduos doentes e da aplicação de novas tecnologias; podem também ser atribuídas à elevação da qualidade de vida resultante de melhores condições de alimentação, moradia, trabalho e saneamento básico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003).

No Brasil, por outro lado, o declínio da mortalidade e a melhoria da qualidade de vida da população ocorreram por ações médico-sanitárias nas primeiras décadas do século 20, através de políticas urbanas de saúde pública como a vacinação, higiene pública e outras campanhas sanitárias, e a partir da década de 40 pela ampliação e desenvolvimento tecnológico da atenção médica na rede pública (VERMELHO e MONTEIRO, 2002).

Dados estatísticos demonstram que o Brasil, à semelhança dos demais países latino-americanos, está passando também por um processo de envelhecimento rápido e intenso, atualmente com mais de 18,6 milhões de idosos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009). A evolução da população geriátrica brasileira constitui um grande desafio, enquanto a população brasileira crescerá 3,22 vezes até o ano 2025, o segmento acima de 65 anos aumentará 8,9 vezes, e o acima de 80 anos, 15,6 vezes. Com isso, a proporção de idosos que em 1980 era menor que 6%, subirá em menos de 50 anos, para 14% devendo o Brasil ocupar o sexto lugar na esfera mundial no ano 2025, com uma estimativa de 31,8 milhões. Mantendo-se a tendência demográfica atual, em números absolutos, o país terá uma das maiores populações de idosos do mundo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002).

Dentro do grupo das pessoas idosas, os denominados "mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada" (idade igual ou maior que 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, 12,8% da população idosa e 1,1% da população total (BRASIL, 2006b).

Em relação ao sexo, as mulheres idosas brasileiras, assim como em outros países, são mais numerosas. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2002) indicam que as mulheres idosas vivem em média oito anos a mais que homens. Isto porque à medida que a

expectativa de vida foi aumentando, a expectativa de vida diferencial entre homens e mulheres também foi se ampliando. Assim, a predominância de mulheres nas idades mais avançadas é consequência da discrepância crescente das taxas de mortalidade de homens e de mulheres, isto é, um aumento no excedente de mortalidade masculina em relação à mortalidade feminina em todas as idades.

Dados do censo demográfico realizado no país em 2000 indicaram, no Estado de São Paulo, a expectativa de vida de 71 anos para a média entre os sexos. No município de Araraquara/SP, que possui 199575 habitantes (população estimada para 2008), cerca de 13,06% da população é composta por idosos e a média da expectativa de vida ao nascer é de 72,1 anos, acompanhando, portanto, as estimativas nacionais (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2003, 2009; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004a).

Embora a expectativa de vida no Brasil seja inferior aos países desenvolvidos, como o Japão que possui a maior expectativa mundial, de 82,2 anos (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2006), verifica-se o contínuo processo de envelhecimento da população brasileira e paulista.

O aumento deste segmento populacional traz importantes repercussões para os campos social e econômico para toda a sociedade, uma vez que um número crescente de pessoas está passando a depender da Previdência e dos serviços públicos de saúde e assistência social. No entanto, são muito precários os benefícios concedidos aos idosos pelo Estado. Os problemas dos idosos, principalmente dos mais pobres, são agravados pelas aposentadorias e pensões irrisórias, e a diminuição da possibilidade dos mais jovens ampararem os parentes idosos, em virtude de fatores econômicos (CACHIONI, 1998).

Veras e Caldas (2004) comentam sobre a perda de valor social do idoso em função do avanço do capitalismo que torna o idoso elemento descartável de um sistema que singulariza a capacidade produtiva em detrimento de outras dimensões do humano. Mesmo com essa discriminação, dados do IBGE (2007) indicam que uma parcela significativa da população de idosos continua trabalhando e são chefes de seus domicílios, sendo o principal responsável pelo sustento de suas famílias. A OMS (2005) também comenta que, muitas vezes, os idosos são ignorados e considerados inativos quando, na verdade, constituem contributo importante para a estrutura das sociedades.



A participação ativa do idoso na sociedade e sua permanência no mercado de trabalho ajudam a minimizar a discriminação e a conseqüente marginalização e isolamento aos quais, frequentemente, os idosos são submetidos. Assim, a manutenção das atividades laborativas é uma das formas de integração. Tudo isto reforça a importância de resgatar o valor social do idoso, a fim de alcançar sua cidadania plena.

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, ela consiga redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades destes indivíduos está mais relacionada a uma cultura que os desvaloriza e limita (BRASIL, 2006b).

Em relação à saúde, esse envelhecimento populacional determina um substancial aumento, tanto nos recursos materiais e humanos necessários aos serviços de saúde do país, como nos seus custos. O idoso consome mais serviços de saúde; as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças, que acometem essa camada da população são crônicas e múltiplas, necessitam de tratamento por períodos prolongados e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (LIMA-COSTA e VERAS, 2003). Segundo os autores, o país investe pouco em saúde e são escassos os recursos destinados a programas sociais e de saúde para o idoso (LIMA-COSTA e VERAS, 2003).

Outros estudos também indicam que os idosos são os principais usuários dos serviços públicos de saúde. Em 1996, 23% dos recursos hospitalares foram gastos por idosos (GUERRA, VIDIGAL e LIMA-COSTA, 2003). Dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD – de 2003 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005) mostraram que 25,1% dos idosos procuraram por um serviço de saúde durante o período da pesquisa. Estes dados são preocupantes devido à fragilidade do sistema público de saúde do país, que não está estruturado para atender a esta demanda crescente da população de idosos.

A OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005) argumenta que os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de “envelhecimento ativo” que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos.

Em todos os países e, especialmente, nos países em desenvolvimento, medidas para ajudar pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas são uma necessidade, não um luxo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Pensando em toda esta situação, instituições governamentais e não-governamentais vêm estudando a organização de políticas públicas, englobando aspectos dos sistemas político, socioeconômico, cultural, de saúde, de ciência e tecnologia a fim de melhorar a qualidade de vida desta população.

Assim, diversos estudos e análises têm sido conduzidos com o intuito de identificar os principais problemas desta população e definir as ações que devem ser privilegiadas para enfrentar esses problemas. Tais propostas encontram-se discutidas a seguir.

## **1.2 Envelhecimento humano e políticas públicas**

As políticas públicas são “entendidas como o conjunto de ações de um governo com vistas ao alcance de determinados objetivos” (BELLONI, MAGALHÃES e SOUSA, 2001, p. 10). Borges (apud RUA, 1998) complementa que as políticas públicas são ações que têm efeito social e que envolvem recursos públicos, sob responsabilidade social.

Ideologicamente, as políticas públicas têm por finalidade a redução das desigualdades sociais e assegurar a justiça (PALMEIRA e LECHNER, 2006). Nesse sentido, o poder público faz uso de programas e ações que visem atender a maioria das necessidades da população e que podem ser dirigidas para diferentes áreas, como a saúde, a educação, a assistência social, a habitação, dentre outras. Em relação aos idosos, focar-se-ão as políticas públicas preventivas nas áreas da saúde, alimentação e nutrição para que haja o envelhecimento ativo desta população, com maior qualidade de vida.

A Assembléia Geral das Nações Unidas realizou na cidade de Madri, em abril de 2002, sua 2ª Assembléia Mundial sobre Envelhecimento para discutir o impacto do rápido envelhecimento do planeta e propor políticas específicas para este grupo etário (UNITED NATIONS, 2002). Um importante indicador de que a questão do idoso tem sido alvo das preocupações da agenda nacional foi a promulgação, em quatro de janeiro de 1994, da Lei nº 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994). De acordo com o texto da referida lei, a Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso,

criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Ressaltam-se as disposições do artigo 3º desta lei, que tratam o envelhecimento populacional como uma questão de interesse da sociedade em geral e reconhecem a necessidade de se considerar as diferenças econômicas, sociais e regionais existentes no País na formulação de políticas direcionadas aos idosos.

No dia 1º de outubro de 2003 foi instituída a Lei nº 10.741, referente ao Estatuto do Idoso, com o objetivo de promover a inclusão social e solidificar os direitos já assegurados na Lei 8.842, de 1994. Entre as principais garantias obtidas com o Estatuto, destaca-se o Artigo 3º que determina que a família, a sociedade e o Poder Público têm o dever de assegurar ao idoso a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2006a).

De acordo com a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005), as políticas e programas para o envelhecimento ativo devem ser baseados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas mais velhas. Devem incluir, também, uma perspectiva de curso de vida que reconheça a importante influência das experiências de vida para a maneira como os indivíduos envelhecem.

No dia 19 de outubro de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Portaria GM nº 2.528 (BRASIL, 2006c), com a finalidade principal de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos. Dentre outros aspectos, a política foi elaborada pra tentar enfrentar as fragilidades do idoso, da família e do sistema de saúde e promover a saúde e a integração social, em todos os níveis de atenção. Para isso, foram estabelecidas algumas diretrizes, como a promoção do envelhecimento ativo e saudável, tentando manter a capacidade funcional e a autonomia, estimulando a prática de hábitos de vida saudáveis, como a alimentação adequada, a prática de atividade física, o abandono ao uso de álcool e tabaco, a realização da imunização e de programas para a prevenção dos agravos das doenças crônicas não-transmissíveis, levando em consideração a abordagem global e multidimensional do idoso e as interações entre fatores físicos, psicológicos e sociais em que o indivíduo está inserido e que influenciam na sua saúde.

Além disso, estudos sobre o custo da atenção à saúde do idoso e das ações de promoção de saúde também são necessários, assim como avaliar a relação custo-efetividade dos programas (BRASIL, 2004a; 2006c).

A Promoção de Saúde é definida pela Carta de Ottawa (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1986) como um processo que permite às pessoas assumirem o controle sobre os determinantes de sua saúde e assim melhorarem sua qualidade de vida e saúde. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre os sujeitos, movimentos sociais, funcionários da saúde e de outros setores, favorecendo a autonomia e a corresponsabilidade dos indivíduos (BRASIL, 2006d). Pesquisadores (MOYSÉS, MOYSÉS e KREMPEL, 2004) citam que a promoção da saúde pode ser realizada através de atividades educativas que visem a adoção de estilo de vida saudáveis pela população, incluindo os hábitos alimentares saudáveis, pelo processo de “empoderamento.”

A Organização Pan-Americana da Saúde (2003b) elaborou um guia para promoção da saúde com foco em estratégias para municípios através da união entre autoridades locais e membros da comunidade e o estabelecimento e fortalecimento de parcerias. Este guia provê os instrumentos para levar à prática aspectos concretos das diretrizes das políticas nacionais e constitui uma ferramenta para a tomada de decisões relacionadas a determinadas responsabilidades políticas que são regulamentadas no nível local, permitindo adaptá-las às suas necessidades, conforme as prioridades dos problemas verificados pela comunidade.

Portanto, o guia traz propostas e estratégias mais reais para os municípios e comunidades a fim de garantir os direitos da população idosa, que embora estejam assegurados através da legislação, muitas vezes, padecem devido às barreiras no plano de execução.

O Ministério da Saúde, em parceria com a OMS elabora constantemente materiais atualizados que contribuem para o desenvolvimento de atividades promotoras da saúde pelos municípios. Essas atividades se dão principalmente na rede de atenção básica da saúde, em nível primário. Porém, cabe ressaltar que a deficiência de instalações e recursos humanos na área da saúde coletiva impede a realização destas políticas de forma plena (VERAS, 1994).

Com isto, verifica-se que com aumento da expectativa de vida, sobretudo para as mulheres, não apenas a vida é prolongada, mas também o período de incapacidade e dependência. Assim, a promoção da saúde e do atendimento primário têm um importante papel a desempenhar,

tanto na prevenção de incapacidades quanto na recuperação da autonomia de doentes (VERAS, 1994).

É importante retratar a questão das incapacidades entre os idosos. Cerca de 40% desta população necessita de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental de vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Desses, 10% necessita de ajuda com as atividades básicas da vida diária, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas (RAMOS et al., 1993). Dados da PNAD (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005) mostraram que 11,1% dos idosos possuem algum grau de incapacidade e 2,4% possuem incapacidade total. Outro estudo, realizado por Giacomini et al. (2008), indicou que 16% dos idosos apresentavam algum grau de incapacidade para realizar atividades básicas da vida diária. Desses, 8% possuíam incapacidade total. Veras (1994), em estudo realizado no Rio de Janeiro, identificou que 82,5% dos idosos não relataram perda de sua capacidade funcional.

Verifica-se, portanto, que, embora seja extremamente relevante a questão da capacidade funcional entre os idosos, a maioria permanece independente e, para estes, torna-se importante promover atividades que auxiliem na preservação do seu bem-estar, como as iniciativas realizadas pelo Serviço Social do Comércio (SESC), por centros de convivências alojados em clubes, paróquias, universidades abertas da terceira idade que, além de prestarem um importante serviço à comunidade idosa, desenvolvem pesquisa na área gerontológica (GARRIDO e MENEZES, 2002; VERAS e CALDAS, 2004).

Entre tais desafios coloca-se o fortalecimento do trabalho interdisciplinar da equipe que assiste ao idoso, a partir de dinâmicas relacionais, integradoras das diversas áreas de conhecimento. Esse é um território por onde transitam não apenas o mundo cognitivo, mas também a solidariedade profissional que está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres, mostrando-se eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário (BEZERRA, ESPÍRITO SANTO e BATISTA FILHO, 2005).

Veras (1994) também relata que o principal objetivo das medidas preventivas na terceira idade não é reduzir as taxas de mortalidade, mas melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, de modo que eles tenham suas atividades menos afetadas por doenças crônicas ou agudas.

O alcance da prevenção é considerável para muitos dos problemas que afligem a velhice, mas as medidas preventivas, para se tornarem plenamente eficazes, devem começar na infância e

continuar no decorrer da vida adulta. Contudo, nem sempre isto é possível e, algumas vezes, somente na velhice é tomada alguma providência (VERAS, 1994).

Para adquirir uma mentalidade preventiva e promover adequadamente a saúde do idoso é fundamental a evolução e disseminação do conhecimento sobre o envelhecimento. É importante que, em qualquer faixa etária, todos saibam reconhecer situações que ponham em risco a qualidade de vida no presente e no futuro, e como preveni-las. A proposta para os que já são idosos é a de promover a saúde por meio da manutenção ou recuperação da autonomia e independência. Com isso, naturalmente, procurar-se-á postergar, ao máximo, o início das doenças, pois estas, em sua imensa maioria, são crônicas e, depois de instaladas, são de difícil resolução e evolução lenta (VERAS e CALDAS, 2004).

Para Groisman (2002, p. 77), a prevenção parece ser a saída no controle do binômio saúde-doença. Com o discurso da “prevenção”, todos os sujeitos são passíveis de intervenção, independentemente de seu estado de saúde ou de sua inserção na “normalidade”. Pela urgência da prevenção, não importa também quando começa a velhice, pois a prevenção deve começar muito antes.

Além disso, ter 60 anos de idade pode parecer uma quantidade relativamente baixa de anos no mundo desenvolvido e nos países em desenvolvimento, onde houve grande aumento na expectativa de vida. No entanto, qualquer que seja a idade definida dentro de contextos diferentes, é importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Existem variações significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas mais velhas que possuem a mesma idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Verifica-se, portanto, a existência de diversas políticas e legislações específicas e bem avançadas para este grupo populacional, assegurando os seus direitos e tentando promover a sua autonomia e capacidade funcional para a realização das suas atividades básicas de vida diária e promover, assim, maior qualidade de vida, porém, é preciso eliminar as barreiras no plano de execução, pois a prática ainda é muito insatisfatória (BRASIL, 2006c).

As pessoas idosas desejam e podem permanecer ativas e independentes por tanto tempo quanto for possível, se o devido apoio lhes for proporcionado. Os idosos estão potencialmente sob risco não apenas porque envelheceram, mas em virtude do processo de envelhecimento torná-los mais vulneráveis à incapacidade, em grande medida, decorrente de condições adversas do

meio físico, social, ou de questões afetivas. Portanto, o apoio adequado é necessário tanto para os idosos quanto para os que deles cuidam (VERAS e CALDAS, 2004).

Desse modo, as autoridades precisam considerar essas variações ao formular políticas e programas para as populações “mais velhas”. Fazer vigorar políticas sociais abrangentes que se estiverem baseadas somente na idade cronológica poderá ser discriminatório e contraproducente para o bem-estar na terceira idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Dentre os programas de saúde necessários para melhorar a qualidade de vida daqueles que estão no processo de envelhecer, destacam-se as atividades de nutrição como uma das áreas prioritárias (BRASIL, 2006d; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Diversos materiais educativos foram elaborados pelo Ministério da Saúde e auxiliam na abordagem das propostas de nutrição com os idosos, como o “Guia Alimentar da População Brasileira”, os “Dez Passos para uma Alimentação Saudável para Diabéticos e Hipertensos”, a cartilha “Viver Mais e Melhor”, os “Cadernos de Atenção Básica sobre Prevenção e Tratamento da Obesidade” e as “Orientações para a Alimentação Saudável dos Idosos” (BRASIL, 2006c).

No processo de envelhecimento a importância da alimentação é comprovada por estudos epidemiológicos, clínicos, de intervenção, entre outros, que têm demonstrado ligação consistente entre o tipo de dieta e o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo as doenças cardíacas coronarianas, doenças cérebro-vasculares, vários tipos de cânceres, diabetes melito, cálculos biliares, cáries dentárias, distúrbios gastrointestinais e várias doenças ósseas e de articulações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

### **1.3 O idoso e o estado nutricional**

Hábitos alimentares saudáveis são essenciais para que o idoso mantenha um bom estado nutricional visando à manutenção da saúde, à prevenção de doenças e até mesmo o retardo das disfunções e alterações degenerativas acometidas pelo processo de envelhecimento (MORIGUTI, IUCIF JR e FERRIOLI, 1998). A desnutrição deixa o indivíduo mais susceptível às doenças e o excesso de peso corporal é fator de risco para diversas doenças crônicas não-transmissíveis (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003).

Como citado anteriormente, as doenças crônicas não transmissíveis, como a obesidade, o diabetes, a hipertensão, o câncer e as doenças cardiovasculares, estão relacionadas com o estilo

de vida e a alimentação e são as principais causas de morte no mundo. Isso é reflexo das grandes mudanças que vêm ocorrendo nos hábitos pessoais, sobretudo em relação à alimentação, aos níveis de atividade física e ao tabagismo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003a).

Segundo a PNAD (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005) 77,6% das pessoas com 65 anos ou mais de idade declararam ser portadoras de pelo menos uma doença crônica. Isto reflete nos dados estatísticos sobre causas de mortes de indivíduos acima de 60 anos de idade, no Brasil, que indicam as neoplasias e as doenças do aparelho circulatório e digestivo, como as principais patologias que acometem esta população, correspondendo a cerca de 60% do total de óbitos de idosos, corroborando os dados mundiais sobre os problemas das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2002; 2007a).

Os resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2002-2003 mostram a avaliação do estado nutricional da população brasileira mediante a coleta de dados antropométricos. As prevalências gerais de déficit de peso corporal e obesidade na população com 65 anos ou mais de idade foram, respectivamente, 5,3% e 8,7% em homens e 4,1% e 16,1% em mulheres. Os dados indicam um quadro preocupante de excesso de peso entre o sexo feminino (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004b).

No Estado de São Paulo, os dados da POF de 2002-2003 apresentam os seguintes resultados para a população com 65 anos ou mais: 5,2% e 12,1% de déficit e excesso de peso corporal para o sexo masculino, respectivamente, e de 1,9% e 19,5%, respectivamente para o sexo feminino. Assim, verifica-se que neste Estado, é menor a porcentagem de indivíduos com baixo peso e maior para o excesso de peso corporal, principalmente entre o sexo feminino (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004b).

No município de São Paulo, dados do Projeto SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (MARUCCI e BARBOSA, 2003) – indicam a maior prevalência de obesidade em mulheres (28,4%) e de baixo peso no sexo masculino (29,2%). Todos estes números confirmam a importância de programas que auxiliem os indivíduos a terem um estilo de vida saudável, principalmente, em relação à alimentação, a fim de obter um estado nutricional adequado e evitem problemas de saúde.

A ingestão inadequada de alimentos, na terceira idade, constitui um importante fator de risco nutricional, devido à obtenção e à forma de preparo dos alimentos (FLORENTINO, 2002).



A qualidade da alimentação dos idosos pode ser influenciada por diversos fatores, dentre eles, crenças, práticas culturais, estado de integração social, falta de informação ou conhecimentos sobre nutrição, grau de mobilidade física, deficiências cognitivas, situação econômica e pelo seu estado de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; CERVATO, 1999).

As alterações orgânicas e fisiológicas verificadas no processo de envelhecimento podem interferir na ingestão dos alimentos, na digestão, absorção e na utilização dos nutrientes, como as alterações no funcionamento do trato digestório, as alterações na percepção sensorial e diminuição da sensibilidade à sede. Além disso, ocorre a redução do metabolismo basal e redistribuição dos compartimentos corporais, com a progressiva diminuição na massa magra total decorrente da redução da massa muscular, da quantidade de água corpórea, da massa óssea e de alguns tecidos (CAMPOS, MONTEIRO e ORNELAS, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Associada a estas alterações, os idosos, frequentemente, apresentam uma série de doenças simultâneas, em que se torna necessário o uso de inúmeros medicamentos que podem interferir no metabolismo de nutrientes. Esses fenômenos influenciam muito a alimentação e a nutrição e, por isso, a dieta deve conter quantidade adequada de todos os nutrientes para, de forma coordenada, fornecer calor e energia e permitir o processo de reparação e regulação do organismo (CAMPOS, MONTEIRO e ORNELAS, 2000; CERVATO, 1999).

Em relação aos fatores financeiros, verifica-se no Brasil que uma das características mais marcantes da população idosa é o baixo poder aquisitivo, situação que é agravada em razão da exclusão dos idosos no mercado de trabalho e da responsabilidade de ter de sustentar outros membros da família no mesmo domicílio. A renda insuficiente determina na aquisição e ingestão de alimentos de custos mais acessíveis e contribui para a monotonia da alimentação e para a inadequação de nutrientes (CAMPOS, MONTEIRO e ORNELAS, 2000; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004b).

O consumo de hortaliças, frutas, carnes, leites e derivados pode ser comprometido com um nível de renda baixo, permitindo uma variedade limitada de alimentos. A POF de 2002-2003 indica que quanto menor o rendimento, menor o consumo de frutas, carnes, leite e derivados e maior o consumo de cereais e leguminosas, contribuindo para o surgimento de deficiências nutricionais, para a diminuição da função imune, predispondo o indivíduo a algumas doenças, como a osteoporose, anemia e infecções, e, desta maneira, interferindo na qualidade e expectativa

de vida (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004b; MORIGUTI, IUCIF JR e FERRIOLI, 1998). Já os idosos com renda maior, a inadequação alimentar é caracterizada pelo alto consumo de doces, massas, alimentos pré-processados e pode estar relacionada aos fatores psicossociais, como a solidão e a depressão (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004b; FLORENTINO, 2002; CAMPOS, MONTEIRO e ORNELAS, 2000).

De fato, os dados da POF de 2002-2003 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004b) também evidenciam que os brasileiros possuem um padrão alimentar inadequado, com uma dieta com teor excessivo de açúcar, refrigerantes e gorduras e um consumo insuficiente de frutas e hortaliças, contribuindo, desta forma, para o aumento das taxas de obesidade no país e de suas doenças relacionadas.

Associado a isto, os idosos também possuem limitações quanto a sua saúde oral, como a perda de dentes, presença de próteses mal ajustadas e diminuição do fluxo salivar, que interferem na capacidade de eficiência do processo de mastigação e influenciam negativamente na escolha dos alimentos (FLORENTINO, 2002). Ocorre um consumo menor de carnes, frutas e vegetais e um aumento da ingestão de doces, resultando numa perda de qualidade da dieta, com uma ingestão inadequada de energia, ferro, vitaminas, principalmente vitamina C, folato e betacaroteno (FLORENTINO, 2002).

Assim, os dados indicam que a alimentação dos idosos é deficiente em vitaminas, minerais e fibras (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004b; FLORENTINO, 2002) e que todos esses fatores, os hábitos, a cultura, as limitações físicas e financeiras podem repercutir na escolha e consumo de determinados alimentos, e, desta forma, prejudicar o estado nutricional dos indivíduos.

Dentre os fatores mais importantes na gênese da má nutrição do idoso, encontram-se também os externos, como os fatores psicossociais, tais como perda do cônjuge, depressão, isolamento social, pobreza, integração social, capacidade de deslocamento, capacidade cognitiva e outros associados à própria enfermidade (CAMPOS, MONTEIRO e ORNELAS, 2000). A interferência desses fatores pode desestimular a ingestão alimentar adequada. O idoso pode agir consumindo quantidades reduzidas ou não se interessando em se alimentar, optando por alimentos industrializados e de fácil preparo (FLORENTINO, 2002).

A nutrição é uma área importante para a sociedade a fim de que ela possa ter um grande número de idosos levando uma vida independente, plena e vigorosa. Um padrão alimentar saudável pode ajudar os indivíduos a manterem suas funções orgânicas adequadas, reduzirem os riscos relacionados com muitas doenças crônicas e, desse modo, contribuir para melhorar a expectativa de vida (CERVATO, 1999).

As investigações indicam alternativas para melhorar a qualidade de vida daqueles que estão no processo de envelhecer, e uma delas é o desenvolvimento de programas de saúde. Segundo a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995), esses programas de saúde, que têm como base a comunidade e que implicam na promoção da saúde do idoso, devem ter a nutrição como uma das áreas prioritárias.

A educação nutricional tem sido destaque de distintos trabalhos epidemiológicos, em especial aqueles nos quais os resultados apontam para a correlação entre comportamento alimentar e doenças (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1990; CERVATO et al., 2005).

#### **1.4 O idoso e a educação nutricional**

Na busca por melhores hábitos alimentares que promovam uma vida mais saudável para os indivíduos e o controle de doenças crônicas relacionadas à alimentação emerge a educação nutricional como ferramenta de aprendizado e de mudanças comportamentais.

Lima (2004, p. 81) conceitua a educação nutricional como:

[...] um processo educativo no qual, através da união de conhecimentos e experiências do educador e do educando, vislumbra-se tornar os sujeitos autônomos e seguros para realizarem suas escolhas alimentares de forma que garantam uma alimentação saudável e prazerosa, propiciando, então, o atendimento de suas necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais.

Tal definição, segunda a autora, está em consonância com os conhecimentos científicos em nutrição e persegue o objetivo último de promoção de saúde do indivíduo e da comunidade. Este conceito também pode ser complementado como: “o conjunto de atividades de comunicação destinado a melhorar as práticas alimentares indesejáveis, mediante uma mudança voluntária das condutas relacionadas com a alimentação, tendo como finalidade a melhoria do estado nutricional

da população” (FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS, 1999).

Desenvolvida dentro da perspectiva problematizadora ou participativa, a educação nutricional é um estímulo à transformação do educando. Ele passa de uma situação, na qual sua conduta alimentar é determinada pelo condicionamento e pelo hábito repetido mecanicamente, para outra, na qual ele, compreendendo seu próprio corpo e aprendendo a ouvi-lo e observá-lo, passa a se tornar sujeito de sua conduta alimentar (BOOG, 1996).

Um conceito educativo que é trabalhado especialmente com a população idosa, refere-se ao autocuidado, que compreende todas as ações e decisões que uma pessoa realiza para prevenir, diagnosticar e tratar uma enfermidade, todas as atividades individuais destinadas a manter e melhorar a saúde e, ainda, as decisões de utilizar o sistema de saúde. Está, portanto, intimamente ligado à educação para a saúde. O autocuidado é a ação realizada por uma pessoa adulta a fim de se cuidar. O indivíduo, comprometido com esse processo, prepara-se e capacita-se, deliberadamente, para atuar sobre os fatores que afetam seu funcionamento e desenvolvimento (CERVATO et al., 2005). A educação nutricional é uma ferramenta que dá autonomia ao educando, para que ele possa assumir, com plena consciência, a responsabilidade pelos seus atos relacionados à alimentação e está em consonância com a estratégia educativa do autocuidado (BOOG, 1996).

Ramos (2003) cita que a maioria dos idosos é portadora de, pelo menos, uma doença crônica. No entanto, isso não significa que eles não possam conservar sua autonomia e ter uma vida perfeitamente normal, com as suas enfermidades controladas.

Deste modo, um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado saudável, se comparado com outro com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com sequelas decorrentes e incapacidades associadas (RAMOS, 2003). Assim, o conceito clássico de saúde da OMS mostra-se inadequado para descrever o universo de saúde dos idosos, já que a ausência de doenças é privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças. Portanto, Ramos (2003) conclui e reforça a importância da preservação da autonomia e de atividades que ajudem a promovê-la e a recuperá-la para a saúde dos idosos.

Embora seja discutida a importância da realização de trabalhos educacionais para a promoção da saúde em qualquer faixa etária, pondera-se também sobre a capacidade de aprendizado dos idosos devido a perdas de memória e diminuição da capacidade cognitiva.

Assim, em relação ao declínio da atividade intelectual, Argimon e Stein (2005) realizaram um estudo longitudinal com idosos acima de 80 anos, que indicou uma pequena tendência de decréscimo no desempenho cognitivo, porém não sendo suficiente para acarretar mudanças significativas no seu padrão cognitivo. Para Veras (1997), o comprometimento orgânico do cérebro só é real quando for bastante extenso e acentuado ou o desuso prolongado e contínuo.

Por outro lado, a perda constante, desde o nascimento, de neurônios pode ser permanentemente compensada pelo exercício de atividades intelectuais capazes de promover a construção de novas linguagens e novos circuitos neurais (VERAS, 1997). Argimon e Stein (2005) ainda acrescentam que o maior número de atividades físicas e sócio-culturais e mais anos de escolaridade podem ser fatores preditivos de menor variação no desempenho cognitivo. Desta forma, o crescimento intelectual pode progredir até em idade avançada.

Porém, durante o processo do conhecimento, Morin (2005) relata a possibilidade do indivíduo resistir à informação que não lhe convém, tornando-se clara a necessidade de que os temas abordados no processo educativo devem advir dos sujeitos e por eles considerados relevantes. Para Freire (1988), é preciso existir diálogo entre os profissionais da saúde e os usuários, pois desta maneira pode-se entender as reais necessidades da população e concretizar projetos que satisfaçam essas necessidades.

Para Veras (1994), a maioria dos idosos quer ter oportunidade de aprender mais a respeito de sua saúde, mas não deseja apenas receber passivamente informações sobre doenças. Assim, qualquer programa de educação para a saúde deve basear-se nas crenças dos idosos e também levar em conta os fatores sociais e políticos relevantes que influenciam na saúde na velhice.

Segundo Nutbeam, Smith e Calford (1996), a educação na área da saúde também busca incentivar as pessoas a adotarem e manterem padrões de vida saudáveis, a desenvolverem a idéia de responsabilidade pela própria saúde e da comunidade e a usarem os serviços de saúde de forma criteriosa.

A opção pelo autocuidado como estratégia educativa congrega atividades para a promoção da saúde, para a modificação do estilo de vida prejudicial, para a diminuição dos fatores de risco e prevenção específica de doenças, para a manutenção e recuperação da saúde e, por fim, para a

reabilitação. Nesta opção educativa, o profissional da saúde, em função de sua habilitação e responsabilidade, desempenha o papel de facilitador do processo de mudança. Toda e qualquer intervenção nutricional educativa terá maiores chances de sucesso, se estiver incluída em programas habituais que promovam pequenas e confortáveis, mas importantes mudanças, por um longo período de tempo (CERVATO et al., 2005).

Assis e Nahas (1999) citam o nutricionista como o profissional que, entre outras funções, deve ajudar as pessoas a modificarem seus hábitos alimentares, por meio da assistência nutricional individual e para grupos populacionais. Segundo as autoras, esta assistência vai além do fornecimento da informação nutricional, pois esta pode ser adquirida por meio de revistas, jornais, televisão, família e amigos. No entanto, a resolução dos problemas e a descoberta pessoal para as soluções em suas vidas vêm da interação entre profissional e indivíduo assistido, possível em atividades educativas.

Muitas vezes, a educação nutricional ocorre numa situação de crise do indivíduo, em que este é surpreendido por alguma doença, situação muito comum entre os idosos. Nestes momentos de doença, Boog (1997) diz que é uma oportunidade para os indivíduos tomarem consciência sobre o próprio corpo, que ele é o berço de todas as significações e que a consequente necessidade e a vontade do indivíduo melhorar seu estado de saúde é um estímulo para as mudanças das práticas alimentares.

Neste processo de educação nutricional cabe ao nutricionista educar, iluminar, favorecer a busca da autonomia dos indivíduos, fazer com que estes tomem consciência da importância das mudanças comportamentais de seus hábitos alimentares, e não somente orientar o que é permitido ou não dentro das condutas alimentares (BOOG, 1997).

Tem-se de considerar também que embora o nutricionista seja definido como o profissional responsável por condutas nutricionais, está um pouco ausente da rede básica de saúde. Dados indicam que apenas 8,8% dos profissionais trabalham na área de Saúde Coletiva e, destes, somente 64% trabalham na rede de atenção básica de saúde (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2006). Com isso, médicos e enfermeiros, muitas vezes, auxiliam nas atividades de educação nutricional, mas se sentem despreparados para a função. Boog (1999) verificou que estes têm formação deficiente em nutrição e que possuem muitas dificuldades para identificar problemas nutricionais e de realizar orientações para a população. Com isso, a autora conclui que o nutricionista é o profissional habilitado por formação para desenvolver programas e

ações de educação nutricional, e este fato é reconhecido pelas equipes e pelos usuários dos serviços (BOOG, 1999).

Este problema também é verificado em documentos oficiais (BRASIL, 2004b) que citam diversas dificuldades entre profissional da saúde, o usuário e o próprio sistema, que interferem na qualidade da atenção a saúde do idoso, tais como, formação dos profissionais de saúde desvinculada da realidade; falta de especialistas em gerontologia e geriatria nas várias carreiras; ausência do trabalho em equipe multiprofissional, dentre outros.

Assim, verifica-se que as atividades de educação nutricional, para este seguimento populacional, estão desfavorecidas para a sua realização plena, mesmo sendo reconhecida a sua importância para a transformação do indivíduo e à manutenção da sua saúde e bem-estar.

O processo de educação nutricional pode auxiliar os sujeitos na seleção e implementação de comportamentos desejáveis alimentares e de estilo de vida, resultado de um trabalho preocupado com mudanças que devem ser buscadas, através do diálogo entre profissional e paciente/cliente, numa perspectiva de integração e de harmonização nos níveis físico, emocional e intelectual do indivíduo, e não simplesmente de aquisição de conceitos voltados à alimentação ou a prescrição dietética (BOOG, 1997). O apoio da educação nutricional, incorporando a vontade do sujeito, contribui para o indivíduo na medida em que favorece a identificação de problemas nutricionais, sugere comportamentos a serem modificados, ampliando e esclarecendo o aprendizado e o significado da doença, chama sua atenção para padrões de pensamentos, sentimentos e atitudes, que possam estar impedindo o reconhecimento de melhores escolhas, ou seja, colaborando com o “médico interior” do indivíduo (MARTINS, 2002; REMEN, 1993).

### **1.5 A educação problematizadora de Paulo Freire**

Paulo Freire foi um grande estudioso na área da educação, que se preocupou em construir uma teoria pedagógica, trabalhando aspectos antropológicos, epistemológicos, éticos e políticos relacionados com o processo educativo do ser humano, articulando-os com os desafios das sociedades contemporâneas (ZITKOSKI, 2006).

Em um dos seus principais livros, *Pedagogia do Oprimido*, Freire (1988) critica o processo de educação tradicional, em que os professores narram, dissertam conteúdos que são

retalhos da realidade, desconectados da totalidade em que se engendram e em cuja visão ganhariam significação.

Para ele, o processo de narração conduz os educandos à memorização mecânica do conteúdo narrado. Desta maneira, Freire comenta sobre este fato como uma concepção “bancária” da educação, como um ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos e que os educandos se arquivam na medida em que, nesta distorcida visão da educação, não há criatividade, transformação e saber (FREIRE, 1988).

Nesta concepção “bancária”, o educador também se coloca numa posição alienada em sua ignorância e se mantém em posições fixas e invariáveis:

O educador é o que educa; os educandos, os que são educados. O educador é o que sabe; os educandos, os que não sabem [...] O educador escolhe o conteúdo programático; os educandos, jamais ouvidos nesta escolha, se acomodam a ele [...] O educador é o sujeito do processo; os educandos, meros objetos. (FREIRE, 1988, p. 67-68).

Freire (1988) comenta que nesta visão “bancária” da educação, os homens são vistos como seres de adaptação, de ajustamento: “Quanto mais se exercitem os educandos no arquivamento dos depósitos que lhes são feitos, tanto menos desenvolverão em si a consciência crítica de que resultaria a sua inserção no mundo, como transformadores dele. Como sujeitos.” (FREIRE, 1988, p. 68).

Esta situação, que se critica da educação como prática de dominação, mantém a ingenuidade dos educandos, favorecendo a sua alienação e acomodação ao mundo de opressão (FREIRE, 1988).

A educação problematizadora ou libertadora proposta por Freire (1988), ao contrário da educação “bancária”, prevê uma relação dialógica entre educador e educando, na qual ambos se tornam sujeitos e se educam durante o processo.

O conhecimento não é depositado, mas existe a preocupação de tornar o educando um indivíduo consciente, capaz de analisar fatos, expor suas opiniões e não aceitar passivamente o que lhe é imposto. Segundo Freire (1988), os educandos deixam seu papel de receptores e passam a ser críticos de seu processo educacional.

Muitos alunos têm a expectativa de encontrar nos cursos um modo tradicional de aprendizagem, como na referida educação “bancária”, em que não se promove o diálogo e isto se torna um desafio para os educadores que desejam fornecer os instrumentos e competências que os



alunos anseiam, além de fazer, ao mesmo tempo, uma crítica de sua utilização e promover reflexões e motivações (FREIRE et al., 1980).

Cabe ao educador libertador iluminar a realidade mesmo com aulas expositivas. A abordagem dos temas deve ocorrer de forma dinâmica e re-orientar os estudantes para a sociedade, a fim de estimular seu pensamento crítico (FREIRE et al., 1980).

Freire (2000) complementa que uma das funções da educação é oferecer opções, permitir tomada de decisões para intervir no mundo, tanto individual quanto coletivamente. O educador libertador tem a grande preocupação com a formação de seres de responsabilidade (FREIRE, 2000).

Para ser válida, a educação deve considerar as condições em que o homem está situado, localizado no seu tempo e no contexto desta situação, nas condições particulares (FREIRE, 1980). O educador precisa conhecer melhor as características dos indivíduos para poder auxiliá-los no processo de transformação (FREIRE et al., 1980).

O trabalho educativo pode ser resumidamente subdividido em quatro etapas principais. Na primeira, torna-se importante ter em mente os objetivos do trabalho e das aulas. Na segunda, inicia-se o processo de diálogo entre o educador e educandos com a verificação das expectativas do grupo em relação ao curso, saber o que conhecem e têm consciência sobre o assunto e conhecer melhor suas histórias de vida. Na terceira, verificados os temas e problemas identificados com o grupo, iniciam-se as discussões e análises, visando à transformação social.

As atividades permitem a entrada de vários pontos de vista sobre um mesmo tema (não somente a parte biológica, mas também social, econômica, humana, entre outros) e vários instrumentos didáticos podem ser utilizados, como, gravadores, projetores, material estatístico, jornais, revistas, figuras (FREIRE et al., 1980).

Faz-se importante propor contradições básicas à situação existencial dos indivíduos, dentre os diversos pontos de vista citados anteriormente, como seus problemas de saúde, sociais, econômicos, como problema que o desafia, lhe exige resposta, não só no nível intelectual, mas no nível de ação. Por isso, torna-se relevante não apenas dissertar e doar conteúdos que pouco ou nada estejam relacionados com seus anseios, dúvidas, esperanças e temores (FREIRE, 1988).

O educador deve ser companheiro do educando em suas relações. É importante promover o diálogo, saber escutar, ter respeito aos outros, tolerância, humildade, alegria, gosto pela vida, abertura ao novo, disponibilidade à mudança, persistência na luta, recusa aos fatalismos,

esperança, abertura à justiça, respeito às diferenças, linguagem acessível, além da ciência e técnica (FREIRE, 1988, 2001; FREIRE et al., 1980).

E, na quarta parte do processo, tem-se a avaliação. A proposta deste método enquanto aquisição coletiva de instrumentos e conhecimentos de compreensão e transformação da realidade exclui, naturalmente, uma avaliação de tipo escolar do trabalho realizado, à base de provas e notas individuais (FREIRE et al., 1980).

Para avaliar, realiza-se uma síntese em torno dos temas discutidos, as suas contribuições, as relações individuais e as do grupo, gerando um relatório final da pesquisa. Este relatório pode ser completado por textos ou materiais utilizados e produzidos durante a pesquisa (FREIRE et al., 1980).

A proposta educacional de Freire surgiu para o processo de alfabetização de adultos, porém sua teoria pode ser adaptada para diversas áreas educacionais, como na área da saúde (LIMA, 2004; MANÇO, 2005).

Em associação com a educação nutricional, a educação problematizadora, por intermédio da conscientização, pode auxiliar no controle dos problemas de saúde, evitando a dependência dos sujeitos aos profissionais da saúde, através da reflexão e ação (MANÇO, 2005). A existência do diálogo entre o educador e o educando tem o caráter reflexivo e oferece condições para o indivíduo pensar, entender e modificar sua vida (FREIRE, 1988).

Freire e colaboradores (1980) comentam sobre a importância de agir preventivamente sobre as causas reais de doença, sobre os fatores socioeconômicos e culturais dos quais dependem a saúde e o bem-estar de uma determinada população. A ação preventiva implica uma transformação no meio ambiente e nas mentalidades, impossível de alcançar enquanto a população, no seu conjunto, não se sentir responsável pela preservação de sua saúde coletiva.

Os autores (FREIRE et al., 1980) concluem que as políticas de saúde pressupõem, portanto, a motivação, a mobilização e a aquisição pela população de conhecimentos e instrumentos necessários para que ela assuma a saúde como sua tarefa e responsabilidade permanentes. De fato, uma política de prevenção de doença implica uma compreensão do funcionamento do organismo humano e dos mecanismos de desenvolvimento biológico, supõe uma alimentação adequada, higiene e acesso a saneamento básico.

A educação problematizadora é a futuridade revolucionária e cheia de esperança, que objetiva corresponder à condição dos homens como seres históricos e à sua historicidade, para

que estes possam conhecer cada vez mais a sua realidade, o mundo ao qual pertencem, construindo um futuro melhor (FREIRE, 1988).

## **1.6 Objetivos**

O objetivo geral deste estudo é evidenciar as principais contribuições da educação nutricional associada à educação problematizadora (FREIRE, 1988; 2000) junto a um grupo de idosos a partir da abordagem da pesquisa qualitativa em saúde. Os objetivos específicos são: analisar, compreender as principais necessidades de conhecimento de um grupo de idosos sobre o tema nutrição através dos seus depoimentos, valores, conhecimentos e opiniões; desenvolver um programa educativo focando a educação nutricional e a educação problematizadora como alternativa para garantir a promoção de saúde e qualidade de vida junto ao idoso, bem como, contribuir para a ampliação de conhecimentos sobre saúde e nutrição pelos educandos e analisar os resultados deste programa a fim de estabelecer possíveis contribuições para a organização de políticas públicas de saúde.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

No Brasil, o interesse pela educação nutricional surgiu por volta de 1940, porém as experiências documentadas sobre os programas e as atividades realizadas são, infelizmente, em número exíguo, e raríssimas as iniciativas junto à rede básica de saúde (BOOG, 1997), motivo pelo qual não se encontra, na literatura, muitos dados relativos a resultados de intervenções. Encontram-se, sim, estudos diagnósticos, sugerindo e analisando possibilidades de intervenções educativas (BOOG, 1999). Embora a disciplina de educação nutricional esteja presente na grade curricular dos cursos de nutrição e o nutricionista seja, portanto, o profissional responsável técnico para esta atividade, verifica-se a deficiência na formação desses profissionais, decorrente da falta de bibliografias e de professores especializados nesta área (BOOG, 1999).

A mesma autora reforça a importância de que esta prática deve estar fundamentada nas teorias pedagógicas e na Filosofia da Educação e que devem existir trabalhos relacionando à educação nutricional, a fim de preencher essas lacunas (BOOG, 1999).

Ainda assim, a maioria dos trabalhos que avaliam o efeito de intervenções na área de educação nutricional com grupos de idosos são realizados por métodos quantitativos (PEREIRA, 2000; CERVATO, 1999). Desta forma, esta pesquisa apresentou alternativas metodológicas ao fazer a abordagem qualitativa da pesquisa em saúde.

### **2.1 Pesquisa qualitativa**

Existem muitas polêmicas no meio acadêmico sobre o emprego da metodologia qualitativa versus a quantitativa. Segundo Minayo (1994), até 1930 era defendida a superioridade das abordagens qualitativas sobre os estudos sociais fundamentados em dados estatísticos. Após esse período, com o desenvolvimento de inúmeros estudos quantitativos por algumas universidades americanas, as abordagens estatísticas dominaram: em termos de eficiência para tratar em número substancial de casos e, como consequência, foi concluído que se ambos os métodos levavam aos mesmos resultados, o mais dispendioso, complexo e menos prático poderia ser dispensado, passando o método qualitativo para um segundo plano.

A partir de 1960, foram retomados os movimentos em prol do método qualitativo. Uma das justificativas era de que o método quantitativo produzia resultados, porém desgarrados do

contexto, mostrando a pobreza da reflexão social e de detalhes que não podiam ser quantificados (MINAYO, 1994; 2000). Neste período também surgiram diversos estudos para o aprofundamento e revalorização das metodologias qualitativas, a fim de que os relatos produzidos na pesquisa não virassem um anedotário a ser compartilhado, mas sim de gerar e informar questões importantes para a sociedade quanto ao processo de doença e o doente em seu ambiente e realidade social (MINAYO, 1994; 2000).

De fato, Turato (2005) também concorda que o número de pesquisas qualitativas no campo da saúde é crescente. Porém, até pouco tempo atrás, muitos manuscritos foram rejeitados por revistas por não serem considerados científicos, pois os resultados pareciam apenas histórias curiosas contadas por pessoas sobre eventos de suas vidas, sem preocupações sistemáticas, como se fossem anedotas (TURATO, 2005).

Assim, muitos pesquisadores desenvolvem estudos quantitativos por acreditarem que estes possuem maior embasamento científico, mostrando resultados mais fidedignos para um mesmo caso. Contudo, a pesquisa qualitativa possui sua fundamentação teórica e métodos próprios para análise de dados. O fato é que para muitos profissionais, torna-se difícil se aprofundar no campo das ciências humanas com o intuito de realizar um estudo qualitativo com todo o rigor científico (TRIVIÑOS, 1987).

Na formação dos nutricionistas há um predomínio das ciências biológicas e, por outro lado, as ciências humanas não são devidamente valorizadas pelos estudantes, o que acaba por comprometer o preparo do aluno para assumir atividades educativas (BOOG, 1997).

Desta forma, encontram-se muitos trabalhos quantitativos no campo da saúde, porém não existe um método melhor que o outro. Os dados das pesquisas quantitativas e qualitativas são complementares. A escolha do método para o estudo depende dos objetivos do pesquisador, que, inclusive, pode chegar as mesmas conclusões sobre o estudo em ambos os métodos (TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 2000).

Ao longo dos anos, pesquisas sobre a compreensão do processo educacional, nas áreas de ciências humanas e sociais, sofreram diversas influências e evoluções. Segundo Lüdke e André (1986), por muito tempo elas seguiram os modelos de desenvolvimento das ciências físicas e naturais, como se o fenômeno educacional pudesse ser isolado e avaliado através de variáveis, para constatar a influência que cada uma delas poderia exercer sobre o fenômeno em questão. Porém, percebeu-se que, com esse tipo de abordagem analítica na área de educação, seria difícil

isolar as variáveis envolvidas e mais ainda indicar quais seriam as responsáveis por determinado efeito.

Triviños (1987) comenta que os investigadores quantitativos, muitas vezes, transformam a estatística num instrumento fundamental de sua busca, quando ela realmente deveria ser um elemento auxiliar do pesquisador e acabam por desperdiçar um material hipoteticamente importante que auxiliaria para o avanço de interpretações mais amplas.

Minayo (2000) acrescenta que os dados quantitativos e qualitativos não se opõem, ao contrário, eles se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.

Assim, verifica-se o crescente número de trabalhos na área da saúde que utilizam a pesquisa qualitativa para tentar compreender melhor os fenômenos que não podem ser explicados através de pesquisas quantitativas.

Segundo o conceito de Minayo (2001), a abordagem da pesquisa qualitativa:

[...] responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificada. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo nas relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (p. 21-22).

Chizzotti (2003) complementa que:

[...] a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações. (p. 79).

Os pesquisadores qualitivistas estudam as coisas em seu ambiente natural e não buscam estudar o fenômeno em si, mas sim investigar as causas e efeitos particulares dentro do universo humano, o seu significado para a vida das pessoas e a discussão de caminhos alternativos para a solução do problema em questão (TURATO, 2005). O mesmo autor acrescenta que a partir do momento em que os indivíduos também têm a consciência do significado dos fenômenos, é possível organizar melhor as suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde.

Lüdke e André (1986, p. 18) sintetizam o conceito de pesquisa qualitativa ao referirem que “[o estudo qualitativo] é o que se desenvolve numa situação natural, é rico em dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada.”

Este conceito foi elaborado através das características de uma pesquisa qualitativa descritas por Bogdan e Biklen (1994) em que:

1 – A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento; 2 – Os dados coletados são predominantemente descritivos; 3 – A preocupação com o processo é muito maior do que com o produto; 4 – O significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador e; 5 – A análise dos dados tende a seguir um processo indutivo.

Deste modo, na pesquisa qualitativa é necessário o contato direto entre o pesquisador e o pesquisado no seu ambiente natural, a fim de alcançar uma compreensão global dos fenômenos. Os dados descritivos podem ser obtidos através de observações, entrevistas ou interações verbais e interpretados com o foco nos significados dos participantes com o intuito de esclarecer os processos e auxiliar os indivíduos.

De acordo com Minayo (2001), o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo.

A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante. Essa mesma realidade é mais rica que qualquer teoria, qualquer pensamento e qualquer discurso que possamos elaborar sobre ela. Portanto, os códigos das ciências que por sua natureza são sempre referidos e recortados são incapazes de a conter. As Ciências Sociais, no entanto, possuem instrumentos e teorias capazes de fazer uma aproximação da suntuosidade que é a vida dos seres humanos em sociedades, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória. Para isso, ela aborda o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas representações. (p. 15).

Para finalizar, a mesma autora (MINAYO, 2000) ressalta que a pesquisa social não pode ser definida de forma estática ou estanque. Ela só pode ser conceituada historicamente e entendendo-se todas as contradições e conflitos que permeiam seu caminho.

Assim, a pesquisa qualitativa, por estar dentro do âmbito da pesquisa social, aborda um determinado fato que não pode ser visualizado isoladamente, mas dentro de um contexto mais amplo, inserido em um momento determinado e que recebe influências de situações anteriores.

Quanto ao modelo para execução da pesquisa, Chizzotti (2003) cita que o processo da pesquisa qualitativa não obedece a um modelo padronizado, pois existem diferentes possibilidades de programá-la e executá-la. Ressalta-se a capacidade e criatividade do pesquisador e dos pesquisados, que pode convergir para um conjunto de microdecisões sistematizadas com o objetivo de validar um conhecimento coletivamente criado, a fim de se eleger as estratégias de ação mais adequadas à solução dos problemas.

Triviños (1987) reafirma esta questão quando relata que o pesquisador, orientado pelo enfoque qualitativo, possui ampla liberdade teórico-metodológica para realizar o seu estudo. Porém, os limites de sua iniciativa particular estarão fixados pelas condições da exigência de um trabalho científico, que deve ter uma estrutura coerente, consistente, originalidade e nível de objetivação capazes de merecer a aprovação dos cientistas num processo intersubjetivo de apreciação.

## **2.2 Estudo de caso**

A abordagem deste tópico segue com as contribuições de André (2005), grande estudiosa de estudos de caso em associação com a pesquisa qualitativa.

Segundo a autora (ANDRÉ, 2005), os estudos de caso são usados em diferentes áreas do conhecimento. Na área da saúde, muitas vezes, objetivam estudar um caso, geralmente, problemático, para fins de diagnóstico, tratamento ou acompanhamento. Em educação, porém, a unidade de estudo a ser descrita pode ser caracterizada por uma escola, um grupo de alunos, uma sala de aula, não sendo, portanto, estudos pontuais que se limitam a retratar porções reduzidas dessa realidade, e que são de fato estudo de um caso e não estudos de caso.

Há controvérsias sobre o seu conceito, porém, o estudo de caso é aquele capaz de gerar conhecimentos que têm um valor em si mesmo. Ele não é um método específico de pesquisa, mas uma forma particular de estudo de um objeto (ANDRÉ, 2005).

Na concepção de André (2005), o estudo de caso qualitativo apresenta quatro características essenciais que são:

- a particularidade: o estudo de caso focaliza uma situação, um programa ou um fenômeno em particular;



- a descrição: o estudo de caso descreve densamente o fenômeno em estudo, com dados expressos em palavras, imagens, citações literais.
- a heurística: que permite a compreensão do leitor sobre o fenômeno estudado, de modo que possa ser revelada a descoberta de novos significados, expandir suas experiências ou confirmar o já conhecido.
- a indução: pois grande parte dos estudos de caso se baseiam na lógica indutiva. Assim, favorecem a descoberta de novas relações, conceitos, maior compreensão, mais do que a verificação de hipóteses pré-definidas.

André (2005, p. 18-19) concorda com Stake, porque considera que o estudo de caso é o “[...] da particularidade e da complexidade de um caso singular, levando a entender sua atividade dentro de importantes circunstâncias.”

Dentre os diversos tipos de estudos de caso, segundo o conceito de André (2005), a presente pesquisa possui algumas características do estudo de caso-ação, pois houve a preocupação de oferecer um retorno para os participantes a respeito de como se pode agir frente aos problemas discutidos nos encontros em grupo. André (2005, p. 22) confirma que o estudo de caso-ação “[...] busca contribuir para o desenvolvimento do caso ou dos casos em estudo, por meio de *feedback* ou informação que possa guiar a revisão ou o aperfeiçoamento da ação.”

### **2.3 Fase exploratória**

Definidos os objetivos do projeto, procurou-se a Secretaria da Saúde do Município de Jaú a fim de que as práticas de campo deste estudo fossem desenvolvidas junto a um grupo de idosos da cidade. O projeto foi apresentado e a Secretaria se encarregou de analisá-lo e de avaliar a sua execução, porém, não houve um retorno positivo e esclarecimentos dos motivos. Assim, procurou-se um novo local para a realização do projeto.

Foi procurado o responsável pela Universidade Aberta à Terceira Idade (Unati) do município de Araraquara para apresentar a proposta de realização deste projeto com um grupo de dez idosos frequentadores da Unati. Ele mostrou-se interessado pela inserção de atividades de educação nutricional com os indivíduos da Unati e relatou que os temas alimentação e nutrição há tempos não eram abordados.

O núcleo da Unati de Araraquara foi criado em 2001 e estruturado com o apoio e participação das quatro Unidades Universitárias que compõem o Campus da Universidade Estadual Paulista (Unesp) de Araraquara: Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Ciências e Letras, Faculdade de Odontologia e Instituto de Química.

A Unati tem por objetivo facilitar o acesso dos idosos ao meio universitário, possibilitando a aquisição de novos conhecimentos e incentivando a troca de experiências entre os participantes e a comunidade acadêmica; cumpre parte do papel da extensão universitária desenvolvida pela Unesp e contribui para a melhoria da qualidade de vida desse grupo crescente da população, promovendo a integração Universidade/Comunidade e a articulação extensão/ensino/pesquisa, envolvendo docentes, alunos, funcionários e a população em geral.

O núcleo de Araraquara conta atualmente com cerca de 160 idosos cadastrados. Periodicamente são programadas atividades variadas para atender à demanda do grupo, incluindo cursos e palestras técnico/científicas, atividades artísticas, culturais, físicas e de lazer com objetivo de melhorar os conhecimentos e a qualidade de vida da população idosa.

Este local mostrou-se com vantagens determinantes para a qualidade do trabalho devido as maiores chances de periodicidade nos encontros e de participação dos indivíduos.

Nesta fase, buscou-se a aproximação com o objeto de estudo para melhor apreendê-lo e estabelecer relações com os funcionários do local do estudo e os potenciais participantes da pesquisa.

A estratégia de entrada em campo previu detalhes do primeiro impacto da pesquisa, pois o processo de investigação supõe idas ao campo antes do trabalho mais intensivo, o que permitiu o fluir da rede das relações e correções já iniciais dos instrumentos de coleta de dados (MINAYO, 2000).

Minayo (2000) orienta que uma investigação qualitativa requer abertura, flexibilidade, capacidade de observação e interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos. Os instrumentos podem ser adaptados durante o processo de trabalho de campo, visando às finalidades de investigação. A autora ainda sugere que improvisar os instrumentos poderia comprometer os vínculos com o esforço teórico de fundamentação, necessário e presente em cada etapa do processo de conhecimento (MINAYO, 2000).

Assim, o responsável pela Unati forneceu uma autorização para o desenvolvimento desta pesquisa no núcleo de Araraquara (Anexo A) e orientou para que a pesquisadora expusesse o seu

projeto no dia de uma das palestras mensais que são realizadas com os integrantes da Unati e que há maior participação dos indivíduos a fim de familiarizar-se mais com as atividades que lá são desenvolvidas e também pré-selecionar os participantes da pesquisa.

Na data prevista, a pesquisadora apresentou o seu projeto ao grupo, esclareceu dúvidas e conversou com as pessoas interessadas em participar deste. Na palestra do mês seguinte na Unati, a pesquisadora voltou a conversar com os idosos, pois alguns poderiam ter faltado na palestra do mês anterior e não ficara sabendo do projeto. Neste dia, esclareceram-se novamente as dúvidas sobre o projeto e foi elaborada uma lista com os nomes dos interessados.

Com base na participação e frequência dos idosos em outras atividades, a administração da Unati pré-selecionou os participantes para este projeto e, após, encaminhou os dados de localização destes (endereço e telefone) para que a pesquisadora entrasse em contato. A administração da Unati também definiu o dia da semana e o horário em que haveria disponibilidade de sala para a realização dos encontros em grupo (denominado como o “curso de nutrição”).

Com esses dados em mãos, a pesquisadora entrou em contato com cada um dos indivíduos para agendar uma entrevista (entrevista inicial – vide roteiro das entrevistas: Anexo B). Como não havia um local adequado para a sua realização e também para facilitar o acesso e evitar a necessidade de deslocamento dos participantes, a pesquisadora sugeriu para que as entrevistas fossem realizadas individualmente em seus próprios domicílios. Todos concordaram.

Nesta etapa da pesquisa, a pesquisadora ainda não sabia as características dos indivíduos e durante a entrevista inicial deparou-se com duas participantes que não se enquadravam no delineamento da pesquisa quanto ao quesito idade. Uma delas apresentava 45 e outra 57 anos, não sendo, portanto, consideradas idosas, conforme o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2006a). Para evitar problemas tanto para a administração, quanto para as alunas e à condução do projeto, elas participaram das reuniões em grupo, porém, as entrevistas não foram realizadas com estas. Durante a transcrição de alguns relatos no texto, estas foram citadas como Seide e Amália.

## **2.4 Local e período de realização do trabalho de campo**

Os encontros em grupo do curso de nutrição foram realizados no prédio da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara da Universidade Estadual Paulista - Unesp. Optou-se por fazer reuniões semanais para evitar possíveis evasões.

Para André (2005) a duração do contato direto entre o pesquisador e o grupo pode variar de algumas semanas até vários meses ou anos. Segundo a autora, isso pode depender de alguns fatores como, os objetivos específicos do trabalho, a disponibilidade de tempo do pesquisador, a sua aceitação pelo grupo e o número de pessoas envolvidas na coleta de dados (ANDRÉ, 2005).

Assim, foram realizados nove encontros coletivos, no período de 22 de agosto a 24 de outubro de 2007, com duração de uma hora, semanalmente. Disponha-se de uma sala com mesas, cadeiras, lousa, projetor multimídia e ar condicionado.

O período de realização das entrevistas iniciou-se uma semana antes do começo das atividades em grupo e terminaram uma semana após o curso. Estas foram realizadas individualmente nos domicílios dos participantes.

## **2.5 Participantes do estudo e critérios de amostragem**

Em relação à amostragem, Minayo (2000) afirma que na pesquisa qualitativa não há um critério numérico. A maior preocupação é com a busca de aprofundamento e abrangência da compreensão do fenômeno estudado, considerando como amostra ideal aquela capaz de refletir a totalidade desse fenômeno nas suas múltiplas dimensões.

Para Thiollent (1988), a pesquisa efetuada dentro de um pequeno número de participantes permite a determinação do tamanho da amostra, o controle de sua representatividade e o cálculo de confiabilidade por regras estatísticas. Uma amostra extensa dificultaria a obtenção do objetivo.

Desta forma, foram selecionadas dez pessoas de ambos os sexos (nove do sexo feminino e um do masculino), pelo critério de idade, com 60 anos ou mais, conforme o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2006a) e pela frequência em atividades da Unati, que foram pré-selecionadas pela administração da Unati.

Uma das participantes foi eliminada da pesquisa, pois compareceu somente na primeira reunião em grupo. Porém, não houve comprometimento nos resultados do estudo.

## **2.6 Principais instrumentos de coleta de dados da pesquisa**

### **2.6.1 Entrevista**

A entrevista é considerada a principal técnica de coleta de dados no trabalho de campo (MINAYO, 2000; LÜDKE e ANDRÉ, 1986). Lüdke e André (1986, p. 33) afirmam que “[...] na entrevista a relação que se cria é de interação, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde.”

Através deste instrumento, o investigador pode obter dados que não encontrou disponíveis em outras fontes e, também, informações relacionadas ao indivíduo entrevistado, como suas opiniões e crenças (MINAYO, 2000).

As entrevistas podem ser classificadas de acordo com a forma em que se estruturam. Podem, por exemplo, ser classificadas em entrevistas passivas, ativas, que podem utilizar técnicas como o questionário, história de vida, entrevista semi-estruturada, entrevista aberta ou livre, entrevista estruturada ou fechada (HONIGMANN, 1954; TRIVIÑOS, 1987). No entanto, podem-se resumir essas formas em entrevistas estruturadas e não-estruturadas (MINAYO, 2000).

A entrevista estruturada, ou padronizada, é aquela durante a qual o entrevistador tem de seguir um roteiro de perguntas, igualmente com todos os entrevistados, seguindo a mesma ordem. É praticamente um questionário, que pode ser aplicado direta ou indiretamente pelo pesquisador, sendo mais vantajoso o primeiro modo, uma vez que se podem esclarecer eventuais dúvidas no momento de sua realização (MINAYO, 2000; LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

Em relação às entrevistas não-estruturadas, especificamente falando das semi-estruturadas, é permitida ao entrevistador uma certa liberdade. As questões não são aplicadas rigidamente na mesma ordem, e adaptações no decorrer da entrevista podem ser realizadas, podendo o pesquisador introduzir questões ou mudanças de direcionamento com o intuito de aprofundar as informações colhidas (MINAYO, 2000; LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

Triviños (1987, p. 146) define a entrevista semi-estruturada como:

[...] aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Lüdke e André (1986) observam um ponto importante ao fazerem referência ao fato de que, na entrevista, o investigador precisa levar em consideração os fatos dados da comunicação não-verbal, como expressões e gestos do sujeito.

Nesse sentido, a forma de registro da entrevista passa por duas etapas: a gravação em áudio e a anotação durante a entrevista. O emprego conjunto dos dois métodos é o que confere maior eficácia ao trabalho, dada a possibilidade de driblar mais facilmente as desvantagens de ambos (LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

Na gravação, todas as expressões orais, entonações e silêncios são registrados, porém, não há registro algum de expressões faciais, de gestos, enfim, de todos os signos da comunicação não-verbal. Estes podem ser recuperados pelo uso de um conjunto de anotações (LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

Outra dificuldade da entrevista é verificada em relação à sua transcrição. Uma conversa, quando gravada, exige grande dispêndio de tempo para sua transcrição, obtendo-se como resultado um material cru, que necessita sempre ser comparado com a gravação e anotações do material (LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

Ressalta-se que para uma pesquisa na qual é necessário avaliar o contexto em que as situações são vivenciadas, observando valores, regras e relações estabelecidas no grupo, a forma de entrevista estruturada, principalmente o questionário, mostra-se ineficiente, sendo mais adequado o uso da entrevista não-estruturada, especificamente a entrevista semi-estruturada (MINAYO, 2000).

Desta forma, o presente estudo, optou pela realização de entrevistas semi-estruturadas, que foram desenvolvidas individualmente em três momentos: inicial, a fim de investigar os hábitos anteriores ao processo; após os encontros em grupo, com os objetivos de desenvolver conteúdos importantes para a superação das lacunas de informação, para a desmitificação dos conceitos errôneos identificados e de conceituar os conhecimentos adquiridos com a prática dos encontros em grupo e; no momento final, em que foram buscados indícios de incorporação de conhecimentos e mudanças comportamentais (roteiro das entrevistas – Anexo B).

No início, foram realizadas nove entrevistas, após os encontros em grupo, 36 e, ao final, nove entrevistas, totalizando 54, que foram gravadas em oito mini-fitas cassetes e, posteriormente, transcritas, o que geraram 96 páginas.

#### **2.6.1.1 Sobre a entrevista inicial**

A entrevista inicial foi realizada individualmente com os participantes da pesquisa a fim de observar melhor as suas características pessoais, sociais e de saúde e suas expectativas quanto ao curso e aos temas para discussão nos encontros em grupo.

Ela foi realizada nos domicílios de cada um dos participantes para facilitar o acesso, pois não se dispunha de um local apropriado na faculdade e, mesmo que houvesse, isso dificultaria o comparecimento dos indivíduos ao local, devido as suas outras atividades diárias, custos financeiros, dependência de meios de transporte e, talvez, motivação para auxiliar no estudo. Com isso, a pesquisadora agendou antecipadamente os horários com cada um deles por telefone e compareceu em suas casas.

#### **2.6.1.2 Sobre as entrevistas relativas aos encontros em grupo**

As entrevistas após os encontros em grupo referem-se aos temas abordados nas reuniões. Elas não foram realizadas logo após a finalização de cada encontro, mas sim um ou dois dias em seguida, pois se julgou necessário um tempo maior para que as pessoas pudessem tomar posse do conteúdo discutido, tentassem relatar sobre os temas de nutrição desenvolvidos e se estavam conseguindo ou não seguir as recomendações sugeridas.

Com este tempo também, as pessoas poderiam refletir sobre os novos conhecimentos adquiridos e, relatariam o que realmente foi importante para si, mostrando um resultado mais fidedigno e não apenas responder, de qualquer forma, logo em seguida aos encontros, com as informações recém comentadas.

Como não se tinha a disposição um local adequado, na Unati, para a realização das entrevistas, estas também aconteceram nos domicílios de cada um dos participantes.

Para não cansar ou desmotivar os indivíduos com um número excessivo de entrevistas e também para facilitar o curso da pesquisa, as entrevistas relativas aos encontros em grupo, foram agendadas em blocos de temas.

Resumindo, tem-se a seguir um roteiro das entrevistas:

Quadro 1 – Roteiro das entrevistas com os participantes da pesquisa.

Entrevista 1: entrevista inicial.

Entrevista 2: entrevista sobre os encontros em grupo. Questões sobre os temas 1 e 2.

Entrevista 3: entrevista sobre os encontros em grupo. Questões sobre o tema 3.

Entrevista 4: entrevista sobre os encontros em grupo. Questões sobre os temas 3 e 4.

Entrevista 5: entrevista sobre os encontros em grupo. Questões sobre o tema 5.

Entrevista 6: entrevista final.

Para explicitar o quadro acima, a entrevista um foi realizada antes de iniciar o curso, durante a fase exploratória. No início do segundo encontro, foram agendados os horários para a primeira entrevista durante o processo de intervenção (entrevista 2) que englobou os temas abordados nos dois primeiros encontros (“Nutrição e envelhecimento” e “Escolha e compra de alimentos, rótulos e aditivos nos alimentos”).

Já a entrevista três contemplou os temas do terceiro, quarto e quinto encontros, pois eles abordavam assuntos semelhantes (“Alimentação saudável”). Os horários foram marcados no final do quinto encontro em grupo.

Embora os assuntos abordados no sexto e sétimo encontros fossem uma continuidade das discussões de reuniões anteriores, foi marcada uma nova entrevista. Resolveu-se não esperar mais duas semanas para a finalização do tema para a realização da entrevista referente a esses encontros, pois acumular todo o conteúdo abordado desde o terceiro encontro poderia causar a perda de alguns dados de aprendizagem, principalmente sobre os assuntos comentados nos primeiros encontros sobre o tema (terceiro e quarto encontros).

Na quarta entrevista foi finalizada a questão sobre alimentação saudável, abordada do terceiro até o sétimo encontro, e embora esta entrevista englobasse todo este vasto conteúdo, as questões foram dirigidas com um enfoque para as atividades desenvolvidas especificamente no sexto e sétimo encontros.



A quarta entrevista foi marcada no início da oitava reunião em grupo e também abordou o tema desta mesma reunião (“Alimentos funcionais”). A quinta entrevista contemplou o tema discutido no último encontro (“Radicais livres”) e foi agendada no final deste mesmo encontro.

### **2.6.1.3 Sobre a entrevista final**

A entrevista final (vide Quadro 1) foi agendada com os participantes ao final do último encontro em grupo e realizada no mesmo dia da entrevista cinco. Tentou-se avaliar os pontos positivos e negativos das reuniões, se o curso atingiu as expectativas dos participantes e se a partir das discussões nos encontros em grupo houve mudanças comportamentais favoráveis para a saúde.

### **2.6.2 Encontros em grupo**

O número de encontros em grupo demonstrou ser suficiente para o desenvolvimento dos temas sugeridos pelos participantes e para suprir os objetivos deste estudo.

Ao final, foram realizados nove encontros, gravados em cinco mini-fitas cassetes, que foram transcritos e geraram 70 páginas.

Estes materiais também serviram como dados para análise de comportamento e do processo de aquisição do conhecimento.

A proposta educativa, dentro da perspectiva pedagógica problematizadora, foi estruturada conforme os fundamentos de Freire (1988; 2000). A educação problematizadora, realizada com adultos, através da existência do diálogo entre o educador e o educando, desenvolve em ambos o processo de ter consciência das coisas, isto é, tem um caráter reflexivo e promove o poder de captação e de compreensão do mundo, fazendo o indivíduo refletir sobre sua inserção no contexto, podendo gerar atitudes que modifiquem sua vida.

Associada a metodologia qualitativa, a educação problematizadora pode permitir a averiguação da voz do idoso, suas práticas, anseios e limitações quanto ao comportamento alimentar.

## 2.7 Análise dos dados

Como proposta para análise dos dados, a literatura sugere o método de análise de conteúdo (BARDIN, 1977), em que as falas dos atores sociais estão situadas em seu contexto para serem melhor compreendidas. No presente trabalho foi utilizada a mesma metodologia, porém reorganizada por Minayo (2000). Os passos para operacionalização da análise na abordagem qualitativa foram, assim, respeitados:

- Ordenação dos dados: mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo (transcrições de gravações, releitura do material, organização dos relatos, dados observacionais);
- Classificação dos dados: determinação do(s) conjunto(s) das informações presentes na comunicação, com elaboração de algumas chaves de análise de focos interessantes, através da leitura exaustiva e repetida dos dados. Nesta fase, torna-se importante ter em mente que o dado não existe por si só, mas deve ser construído com base nos questionamentos que se fazem sobre eles, fundamentados na teoria;
- Análise final: estabelecimento de articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo as questões do estudo com base em seus objetivos (MINAYO, 2000).

A pesquisa qualitativa não se propõe a mensuração dos dados, mas ao processo de ampliação do conhecimento, na perspectiva de acompanhamento da sua construção. Nesse sentido, acompanhou-se por meio de instrumentos de avaliação cada etapa da pesquisa de campo, mediante as entrevistas individuais, transcritas e analisadas, referentes às intervenções educativas.

## 2.8 Aspectos éticos

Todos os participantes do estudo foram voluntários, previamente, esclarecidos sobre os objetivos do trabalho e concordaram, assinando ao termo de consentimento para uso das informações pela pesquisadora. A caracterização dos sujeitos foi realizada por nomes fictícios a fim de preservar as suas identidades.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara/SP, sob o parecer 36/2006, em 13 de novembro de 2006.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1 Características dos participantes da pesquisa

Este estudo realizou a caracterização dos sujeitos para se ter uma visão geral sobre o grupo, suas condições socioeconômicas, culturais, características de saúde (Quadros 2 e 3) e hábitos alimentares, a partir dos dados coletados na entrevista inicial.

O grupo foi composto por oito mulheres e um homem, sendo que dentro da Unati também prevalece a presença de mulheres nas atividades. A idade dos participantes variou de 60 a 80 anos (Quadro 2).

Quadro 2 - Indicadores socioeconômicos e culturais dos participantes do estudo, 2007.

Variáveis	Virgínia	Dirceu	Sueli	Cristina	Maria
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade (anos)	80	66	74	60	76
Estado civil	Viúva	Solteiro	Viúva	Casada	Viúva
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	Superior completo	Ensino fundamental incompleto	Ensino médio profissionalizante	Ensino fundamental completo
Profissão	Do lar, pensionista	Dentista aposentado	Instrutora de vendas, aposentada	Funcionária pública aposentada	Aposentada Ferroviária
Propriedade do domicílio	Proprietária	Proprietário	Proprietária	Proprietária	Proprietária
Número de pessoas no domicílio	1	1	2	4	1
Renda média domiciliar mensal*	3,0	5,3	3,9	10,0	7,9
Meios de locomoção até a Unati	Transporte coletivo	A pé ou transporte coletivo	Transporte coletivo	A pé	A pé
Atividades recreativas	Leitura, TV, bordado	Leitura e atividades na Unati	Cinema, trabalhos voluntários, exposições	Artesanato	Artesanato, leitura, TV, computador

Variáveis	Lúcia	Adelina	Clarice	Ana
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade (anos)	60	78	62	69
Estado civil	Casada	Viúva	Casada	Casada
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	Ensino médio profissionalizante	Superior completo	Ensino médio completo
Profissão	Do lar	Professora aposentada	Coordenadora pedagógica aposentada	Do lar
Propriedade do domicílio	Proprietária	Proprietária	Proprietária	Proprietária
Número de pessoas no domicílio	4	1	3	2
Renda média domiciliar mensal*	5,0	5,2	26,3	15,0
Meios de locomoção até a Unati	A pé	A pé	A pé ou automóvel	A pé ou automóvel
Atividades recreativas	Caminhadas, tear, artesanato	Artesanato	Leitura, internet, música, jardinagem, toca violão	Costura, trabalho voluntário

\* Em classes de salário mínimo. Valor do salário mínimo em agosto de 2007: R\$ 380,00.

O aumento da maioria de mulheres nesta faixa etária indica não somente uma característica demográfica e epidemiológica, mas também que estas têm maior preocupação com a saúde e procuram realizar exames preventivos e atividades que promovam a saúde e o bem estar como, por exemplo, as atividades oferecidas pela Unati.

Em relação à escolaridade (Quadro 2), todos os participantes têm algum grau de instrução. Três mulheres cursaram somente até o quarto ano do ensino fundamental, uma finalizou-o, porém três concluíram o ensino médio e dois o curso superior, sendo, portanto, a maioria com alto nível educacional. Este dado desvia um pouco da realidade brasileira que indica a proporção de 33,5% de indivíduos com um ano ou menos de instrução na faixa etária de 60 anos ou mais de idade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007). Segundo o IBGE (2007), o nível de instrução dos idosos melhora a cada ano no Brasil. Embora este processo seja mais verificado entre as pessoas sem instrução ou com menos anos de estudo, os especialistas indicam que o aumento do nível de escolaridade é importante para a melhoria da qualidade de vida, que gera um maior bem-estar e longevidade.

No momento da entrevista inicial, os participantes relataram ser aposentados ou donas de casa. Somente Sueli trabalhava como instrutora de vendas, mas fazia esporadicamente, por prazer e entretenimento. Estes dados diferem dos resultados da PNAD (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007), que indica que grande parte dos idosos continua no mercado de trabalho, mesmo recebendo rendimentos de aposentadoria.

A maioria dos participantes relatou não ser responsável pelo sustento de membros da família e os indivíduos que ainda abrigam filhos solteiros disseram que os filhos trabalhavam e contribuía para a renda mensal familiar. A PNAD (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007) indica que a maioria dos idosos vive com algum membro da família e que nestes arranjos eles ocupam a posição de chefia.

Porém, verifica-se também o aumento do número de idosos que moram sozinhos – de 11,1% em 1996 para 13,2% em 2006 – e domicílios de casais sem filhos, de 20,1% para 22,3% em 2006 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007). Neste estudo, quatro participantes moravam sozinhos, uma vivia somente com o cônjuge e os outros quatro moravam com membros da família.

Todos eram proprietários dos seus domicílios e relataram ter boas condições de vida, exceto Dirceu, que demonstrou ter um salário insuficiente para fazer uma boa alimentação e utilizava os serviços públicos de saúde.

A renda média domiciliar mensal dos participantes variou entre três e 26,3 salários mínimos, sendo que cinco sujeitos recebiam entre três e cinco. Dados da PNAD (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007) indicam que cerca de 46% dos idosos, acima de 65 anos, vivem com até três salários mínimos mensais. Situação extremamente preocupante visto os gastos necessários para manter uma vida digna, com alimentação adequada e que nesta faixa etária os gastos com a saúde e com medicamentos tendem a aumentar.

Virgínia recebia auxílio dos filhos, inclusive, em relação à alimentação, no seu fornecimento e preparo. Sua casa era distante da Unati e ela utilizava o transporte coletivo do município. Sua idade, os problemas de saúde e a necessidade de transporte coletivo dificultaram a sua participação nos últimos encontros em grupo, pois foram dias extremamente quentes ou chuvosos. Mas, a maioria dos participantes ia a pé, pois morava perto.

Dirceu e Sueli também utilizavam o transporte coletivo para se dirigirem à Unati, pois possuem problemas ortopédicos, mas isso não foi empecilho para faltarem nos encontros.

Nos momentos de lazer, o grupo fazia atividades variadas, sendo as mais comuns como leitura, televisão, artesanato e os encontros da Unati, quanto cinema, trabalhos voluntários, uso da internet, jardinagem e tocar violão (Quadro 2). Todas essas atividades sócio-culturais dos participantes refletem, portanto, que são idosos diferenciados, com alto nível de instrução, a maioria independente para a realização de ações básicas da vida diária e que, mais do que ocupar o tempo ocioso, buscavam informações, complementar conhecimentos, que fossem relevantes para a fase atual da vida e de socializá-los.

De fato, a Unati mostra-se como um meio favorável à saúde, de ampliação dos conhecimentos e de desenvolvimento de habilidades pessoais, promovendo maior qualidade de vida e bem-estar. Veras e Caldas (2004) comentam suas experiências sobre a trajetória das atividades em uma Unati, que houve a preocupação na qualificação e formação de recursos humanos capazes de lidar com este segmento etário e de criar metodologias adequadas às características dos alunos idosos, que incorporam valores e a capacidade cognitiva, evitando o equívoco de estabelecer estruturas infantilizadoras, que pudessem reforçar os estigmas e preconceitos da sociedade para com os idosos. Portanto, os objetivos das Unatis estão em

consonância com as políticas públicas atuais, que priorizam as políticas preventivas para a elevação dos níveis de saúde física, mental e social desta população, promovendo a sua saúde, o cuidado e a manutenção da sua autonomia, utilizando as possibilidades existentes nas universidades e, também, em consonância com o anseio dos indivíduos.

Assim, verificou-se um grupo heterogêneo, mas que a maioria possuía boas condições de vida. Eles tinham algumas afinidades como a curiosidade, a vontade de continuar estudando e manterem-se informados, atualizados e, por isso, participavam das atividades da Unati. A faculdade também era um local para a amizade e lazer e que eles consideravam como atividade recreativa.

Em relação às características de saúde (Quadro 3), a maioria dos participantes praticava atividades físicas. Os que não praticavam não era por falta de renda. Para Virgínia, faltava motivação; Sueli não gostava e relatava ter dificuldades para caminhar e; Clarice dizia ter consciência da importância da prática de atividade física, mas que aguardava uma vaga num estabelecimento público do município.

Quadro 3 – Características de saúde dos participantes do estudo, 2007.

Variáveis	Virgínia	Dirceu	Sueli	Cristina	Maria
Atividade física	Não	Caminhadas	Não	Ginástica e yoga 2x/semana	Alongamento 2x/semana
Tabagismo	Não	Não	Não	Não	Não
Consumo de álcool	Não	Socialmente	Não	Socialmente	Socialmente
Problemas de saúde	Obesidade, hipertensão, artrite, osteoporose e depressão	Diabetes, hipertensão e hipertrigliceridemia	Obesidade, osteoporose, artrite e dislipidemias	Hipercolesterolemia e litíase renal	Sobrepeso, constipação, hipertensão, osteoporose, hipotireoidismo, hipercolesterolemia, depressão, artrite e artrose
Uso de prótese dentária	Sim	Não	Sim	Não	Não
Dificuldade de mastigação	Não	Sim	Não	Não	Sim

Variáveis	Lúcia	Adelina	Clarice	Ana
Atividade física	Yoga e ginástica 2x/semana	Hidroginástica 2x/semana	Não	Tai chi chuan e yoga 1x/sem, hidroginástica 2x/semana
Tabagismo	Não	Não	Não	Não
Consumo de álcool	1 copo de cerveja nos fins de semana	Não	1 cálice de vinho 3x/semana	Socialmente
Problemas de saúde	Hipertensão, sobrepeso, artrose e depressão	Obesidade	Hipoglicemia	Obesidade
Uso de prótese dentária	Sim	Não	Não	Sim
Dificuldade de mastigação	Não	Não	Não	Sim

A inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, associada à dieta inadequada, o tabagismo e o consumo de álcool. Dados do Relatório Vigitel (BRASIL, 2007b), que foi um inquérito realizado, em 2006, por ligações telefônicas em todas as capitais brasileiras, mostram que 56,1% da população com idade igual ou superior a 65 anos é inativa e somente 12,7% realiza atividades leves ou moderadas com duração mínima de 30 minutos em cinco ou mais dias da semana.

Exercícios físicos de moderada intensidade são benéficos para a redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares, para o controle da pressão arterial, da glicemia, das dislipidemias<sup>1</sup> e do peso corporal em todas as faixas etárias (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003). O estilo de vida moderno propicia o gasto da maior parte do tempo livre em atividades sedentárias como, por exemplo, assistir à televisão (BRASIL, 2006b).

A ausência de atividades físicas está também associada a diversos problemas musculoesqueléticos, como a osteoporose e atrofia muscular, que podem afetar negativamente as atividades funcionais dos idosos (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003).

Rouquayrol e Almeida Filho (2003) citam que o fumo também é um importante fator de risco para várias doenças do aparelho respiratório, inclusive o câncer, e os fumantes idosos têm maiores riscos de desenvolvimento destas, em comparação com fumantes jovens, pois tendem a ter exposições prolongadas e contínuas. O Relatório Vigitel (BRASIL, 2007b) indica que 9,3% da população brasileira, acima de 65 anos, são fumantes, sendo mais prevalente entre o sexo masculino (13,2%). Nesta pesquisa, todos os indivíduos negaram ser tabagistas ou conviverem com estes dentro do domicílio, representando, assim, um aspecto positivo para a saúde.

Em relação ao consumo de álcool, dados do Relatório Vigitel (BRASIL, 2007b) mostram que o consumo de bebida alcoólica, sendo considerado para isto, mais que quatro doses para mulheres e mais que cinco doses para os homens em um único dia, no último mês anterior a pesquisa, foi de 0,9% e 4,8%, respectivamente, entre os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos. Neste estudo, os participantes que consumiam disseram ser apenas socialmente, em geral, um cálice de vinho ou uma lata de 350 mililitros de cerveja.

Os participantes apresentavam diversos problemas de saúde associados à idade e a hábitos alimentares inadequados, como obesidade, hipertensão, diabetes e dislipidemias. Sendo a

---

<sup>1</sup> Alterações nos lipídeos plasmáticos, como LDL-colesterol e triglicérides elevados e HDL-colesterol baixo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003a).

alimentação, portanto, de grande importância para o controle dessas doenças crônicas, para a manutenção e promoção da saúde e, assim, melhor qualidade de vida e aumento da longevidade.

O excesso de peso corporal é fator de risco para diversas doenças, entre elas, doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão arterial, osteoartrite e alguns tipos de cânceres. O controle do peso pode melhorar a evolução de doenças ou condições crônicas pré-existentes (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003). Neste estudo, verificou-se, conforme relatado pelos participantes ou observado pela pesquisadora, que a maioria dos indivíduos possuía excesso de peso corporal, sendo quatro obesos e dois com sobrepeso<sup>2</sup>.

Como discutido anteriormente, é alta a prevalência de doenças crônicas entre os idosos no Brasil, sendo também elevado o risco de mortalidade por essas doenças. Portanto, informações sobre as exposições de risco da população idosa são necessárias para estimar suas demandas por atividades que promovam a saúde ou auxiliem no seu controle, como as atividades de educação nutricional.

Em relação à saúde bucal, é verificado que o envelhecimento provoca mudanças na capacidade mastigatória devido ao aparecimento de cáries, doenças periodontais, uso de próteses e, até mesmo, ausência de dentes. Todos esses fatores podem interferir no estado nutricional do indivíduo devido à diminuição do consumo de alimentos de difícil mastigação, como carnes, frutas e vegetais frescos e, levando ao consumo inadequado de energia, ferro e vitaminas (CAMPOS, MONTEIRO e ORNELAS, 2000).

Assim, no presente estudo, verificou-se que quatro pessoas do grupo usavam prótese dentária, mas somente uma relatou ter dificuldades de mastigação por seu mal ajustamento. Outros indivíduos que possuíam dificuldades de mastigação tinham dentes próprios, mas o problema ocorria por outros motivos, como ausência parcial da estrutura dentária ou doenças periodontais.

O Projeto SABE (LEBRÃO e DUARTE, 2003) indicou que as próteses dentárias (ponte, dentadura e dentes postiços) foram referidas por 63,0% dos entrevistados, nos quais faltavam de quatro à metade dos dentes, estando presentes em 86,0% dos que têm menos da metade dos dentes. Todos esses dados apontam para a importância da avaliação entre a correlação capacidade mastigatória e estado nutricional do idoso.

---

<sup>2</sup> Classificação entre o estado nutricional normal e o de obesidade (BRASIL, 2006b).



Durante os encontros, a abordagem de uma alimentação saudável e preparada de modo adequado era constante. Assim, através do questionamento de quem preparava as refeições em casa, investigava-se o responsável direto pela seleção e preparo dos alimentos. Desse modo, poder-se-ia tentar auxiliar os indivíduos, durante as atividades, com as discussões sobre possibilidades para que eles tivessem melhores hábitos, a fim de promover a saúde.

Todos os participantes disseram ser responsáveis pelo preparo da sua alimentação, exceto Dirceu, que possuía uma empregada que ia duas vezes por semana e deixava a comida preparada para todos os dias. Ele disse que a empregada era recém contratada e que ela fazia as preparações conforme os seus próprios hábitos alimentares, sem levar em consideração as orientações de Dirceu e seus problemas de saúde. Durante algumas entrevistas, foram feitas sugestões para melhorar sua alimentação, mas percebeu-se que ele não tinha muita liberdade ou tinha dificuldades para conversar com ela a esse respeito.

Cabe ao nutricionista procurar entender os problemas dos indivíduos, para conhecer seus obstáculos e tentar aconselhá-los com estratégias para lidar com estes, favorecer novos comportamentos e também no processo de conscientização. Cada pessoa é um caso e sempre existe uma alternativa para solucionar os problemas que afetam o comportamento alimentar. Porém, a realização das mudanças também depende da motivação dos indivíduos (MARTINS, 2002).

Em relação aos critérios para a compra dos alimentos, durante a entrevista inicial, a maioria relatou que a qualidade dos produtos era o item mais importante para a compra. Muitos selecionavam os produtos industrializados pela marca de costume. Outros disseram que o preço e a saúde também eram fatores relevantes.

[...] Eu sempre pesquiso, né? Porque, às vezes, é um pouquinho mais caro, mas é melhor [...]. Então, eu vejo também a qualidade, dentro da possibilidade [...] (Virgínia).

[...] Sempre o orçamento [...] A gente procura assim: primeiro, preço. Depois, você analisa a qualidade. Às vezes, o preço é mais barato, mas a qualidade não satisfaz. Então, é preço e qualidade. Não só preço [...] Porque produto de marca, hoje em dia, não tem mais condição. Porque você vê... o aposentado e o assalariado eles não têm aumento... e o custo de vida a todo instante aumenta [...] (Dirceu).

[...] Antigamente, a gente ia mais pela marca. Hoje, a gente já vê uma semelhante por um preço um pouco melhor. E a qualidade também. Então, é pela qualidade e o preço [...] (Cristina).

[...] Eu compro, geralmente, o que eu gosto. Não me importo com o preço. Com a qualidade sim, porque eu gosto de coisas boas [...] (Maria).

[...] Eu não compro tudo. Porque a gente sabe que não pode comer, né? A gente já tem uma certa idade e não pode comer de tudo. Você compra o arroz, o feijão, o café, o açúcar... essas coisas mais necessárias da casa. Depois, as outras coisas a gente compra em

quitanda e açougue. E quitanda tem que ser de vez em quando, senão estraga [...] Eu penso na qualidade, na validade... Isso é o principal [...] (Adelina).

[...] A qualidade. Não temos muito o hábito de pesquisar o preço. Porque, por exemplo, se o alface estiver custando cinco reais o pé, como a gente tem condições de comprar, então, a gente compra. A gente achou bom, conhece aquele produto, então, a gente compra o que tá acostumado [...] (Ana).

[...] Atualmente, eu não penso mais em preço. A gente já tá numa idade que... eu penso se é saudável, ou não é, se é bom, se tem gordura, se não tem gordura. Eu vejo toda essa parte pra comprar as coisas que façam mais o bem. Pensando na saúde [...] (Clarice).

Drewnowski e Darmon (2005) demonstraram que as escolhas alimentares realizadas pela população em geral acontecem, principalmente, pelo sabor, custo, conveniência, saúde e variedade. Porém, para as famílias de baixa renda, o sabor e o custo são os fatores mais importantes para a seleção.

No grupo, somente Dirceu considerou o preço como um empecilho para realizar uma boa alimentação. Durante os encontros, foi discutido que uma alimentação saudável pode ser feita a baixo custo (SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA, 2006; DREWNOWSKI e DARMON, 2005). Embora sua renda mensal e o fato de morar sozinho sugiram a possibilidade de uma vida estável, outros fatores, como o uso de serviços públicos de saúde e de transporte coletivo, podem indicar dificuldades quanto aos recursos financeiros. O falecimento recente da companheira também evidencia a perda de estímulo para as mudanças comportamentais necessárias.

Na entrevista inicial, todos relataram ter acompanhamento médico de rotina, pelo menos, anualmente. A maioria dos participantes que alguma vez recebeu orientação de dieta disse ter sido por médicos. Somente três receberam orientações de nutricionista. Todos tiveram dificuldades para aderir à dieta e a maioria desistiu de seguir após um período.

[...] Eu não gostei de mim emagrecendo (*referiu-se à questão da pele*) [...] E eu sou gulosa, eu gosto de comer [...] (Sueli).

[...] O meu problema é que eu não consigo ficar sem pão e massa. Ela (*a médica*) falou: “você pode comer meio pãozinho por dia”. Mas não adianta, eu acabo comendo um e meio ou dois, se deixar. Então, esse é o meu maior problema [...] Aí, ela acabou me passando um remédio pro colesterol [...] (Cristina).

[...] Acho que é difícil emagrecer por causa do hipotireoidismo. Eu tomo remédio tudo direitinho [...] Eu não adotei muito por causa de tirar o doce. Porque se eu ver um doce... [...] eu como chocolate todos os dias [...] (Maria).

[...] Eu achei que não dava. Eu ficava nervosa. Era muito pouco. Eu já comia pouco, mas eu queria emagrecer [...] Então, na minha idade, com quase setenta anos... tenho saúde... eu vou deixar de comer uma coisa que eu gosto? A gente sabe que não é pra comer a torta inteira. É pra comer um tanto que você fique satisfeita. Deixar um lugarzinho pra sobremesa ou um pouquinho de suco. Então, eu falei: quer saber de uma coisa... eu não vou mais gastar dinheiro com nutricionista. E não fui mais. Desisti [...] (Ana).

[...] É duro [...] porque você tem sempre uma festa [...] (Clarice).

Segundo Martins (2002), a adesão dos sujeitos, diante das orientações nutricionais, quando moram sozinhos é mais baixa. Ela comenta também que o momento do diagnóstico da doença é muito difícil para os pacientes e eles devem ser alertados sobre os riscos da não aderência aos tratamentos. Porém, como os sintomas das doenças crônicas podem demorar para aparecerem, muitos se acomodam e negligenciam ao tratamento.

[...] Não é fácil adotar. Porque a gente não muda [...] É a força de vontade, né? É a consciência [...] É que a gente é sozinho e não tem o breque (*risos*). A gente vai ficando meio relaxado [...] Faz uns 15 anos que eu tenho a diabetes. No começo, sabe, você tem aquele medo, você leva tudo certinho, depois você vai acostumando com ela. E como eu não passei por nenhum... (*problema*). Na verdade, esse foi o meu primeiro tropeço (*a infecção diabética no pé*). Então, a gente abusa [...] (Dirceu).

Assim, o processo de educação nutricional pode auxiliar nas mudanças comportamentais de hábitos alimentares inadequados, porém, mesmo que o processo seja associado pela prática problematizadora e do desenvolvimento da consciência sobre o próprio corpo e dos benefícios de mudanças para a saúde, muitos fatores interferem na adesão de novas propostas pelos indivíduos. No depoimento citado anteriormente, verificou-se que além dos fatores referidos por Martins (2002), que prejudicam a adesão de novas condutas, o participante demonstrou interferências psicossociais, que dificultavam a mobilização para mudanças, como a perda recente da cônjuge, a ausência de filhos e a falta de perspectiva para o futuro, situações muito comuns verificadas entre os idosos.

Mesmo com todas as dificuldades que ocorrem ao longo da vida de alterações físicas e psicossociais que influenciam no processo de envelhecimento, a participação no curso de nutrição evidencia, de alguma forma, o interesse dos indivíduos em cuidar da sua própria saúde, para a prevenção de doenças e a manutenção da autonomia para obter um envelhecimento saudável.

Desta forma, a educação nutricional, dentro do âmbito das políticas públicas, cumpre o seu objetivo de fornecer subsídios e agir preventivamente para que os indivíduos sejam capazes de preservar a sua autonomia e suas funções físicas e mentais, contribuindo para uma velhice saudável e influenciando o impacto das doenças nos serviços de saúde a longo prazo.

### **3.2 Justificativa para os temas de discussão dos encontros em grupo**

Para tentar atingir os objetivos das práticas educacionais, Pinto (2000) propõe que o desenvolvimento de atividades educacionais deve ser adaptado de acordo com os elementos que fazem parte da realidade dos participantes, como exemplo, suas características socioeconômicas, culturais e suas condições de saúde.

Morin (2005) também discute que um dos grandes problemas do êxito do processo educacional é a fragmentação do conhecimento. Com isso, torna-se imprescindível considerar o conjunto de todos os fatores, o ser humano como um todo.

Existe a possibilidade do indivíduo selecionar, durante o processo do conhecimento, as informações que lhe convém e resistir ao que não lhe convém, evidenciando que os temas abordados no processo educativo devem advir dos sujeitos e, por eles, serem considerados relevantes (MORIN, 2005). Toral e Slater (2007) citam também que as intervenções nutricionais apresentam maior efetividade quando são pautadas no comportamento, nas carências e crenças da população-alvo.

Para Freire (1988), é preciso existir diálogo entre os profissionais da saúde e os usuários, pois desta maneira pode-se entender as reais necessidades da população e concretizar projetos que se relacionem com as características de contextos específicos. Freire e colaboradores (1980) enfatizam a importância de verificar as expectativas do grupo, em relação ao curso, antes do seu início.

A prática problematizadora (FREIRE, 1988) permite que o educador e o educando criem uma relação dialógica, em que todas as idéias são importantes, ninguém sabe mais ou menos, apenas detêm conhecimentos diferentes que se complementam.

Freire (1988) destaca que é fundamental a comunicação e discussão sobre o planejamento do conteúdo programático das atividades para ambos, educador e educando. Neste momento inicia o processo de consciência a respeito dos temas através do diálogo da educação como prática da liberdade.

Assim, buscou-se investigar durante os encontros e, principalmente, no momento da entrevista inicial os temas de interesse dos próprios participantes, suas características pessoais e expectativas em relação ao curso.

Por meio de sugestões advindas dos sujeitos da pesquisa, durante a entrevista inicial, surgiram três grandes temas para discussão nos encontros em grupo.

No primeiro encontro em grupo, foi discutido sobre as relações entre a nutrição e o processo de envelhecimento. Este tema foi sugerido pelos participantes na entrevista inicial, durante uma conversa sobre as interferências da alimentação na senescência:

[...] a alimentação tem muita influência na vida da gente. E eu não me alimento bem, de jeito nenhum [...] (Virgínia).  
 [...] a gente já tem uma certa idade e não pode comer qualquer coisa [...] (Adelina).  
 [...] até agora, pra mim não mudou (*a alimentação com o envelhecer*). Nunca tive problema de estômago, de nada. Mas pode ser que sim. Pode ser que quando a gente fica mais velho, a gente tem que ter, a noite, uma alimentação não forte. Talvez pra digerir mais fácil. Uma sopa... uns negócio assim [...] (Cristina).  
 [...] eu acho que muda (*a alimentação com o envelhecer*). Muda porque você já não come o tanto de comida que você comia antes [...] (Lúcia).  
 [...] ah! Tem que mudar, né? Porque, aí, você tem que cuidar mais da saúde. O organismo tá mais debilitado. Já tá usado [...] vai ter desgaste, diminuição de função [...] (Dirceu).  
 [...] pode ser que a alimentação (*com o envelhecer*) até deva mudar, por causa dos problemas que a gente vai adquirindo, não é? [...] (Sueli).  
 [...] você tem que prestar mais atenção na qualidade do que você vai comer, diminuir a quantidade [...] (Clarice).

Esses discursos mostram que os indivíduos acreditam que a alimentação é um fator importante para a saúde e qualidade de vida nesta faixa etária e que eles têm dúvidas e interesse em buscar mais informações a respeito do tema.

O segundo tema discutido nos encontros foi sugerido por apenas um dos participantes: “[...] eu gostaria de saber mais sobre a validade dos alimentos. Ficar bem informada [...]” (Ana).

Optou-se por discutir sobre o tema “Escolha e compra de alimentos, rótulos e aditivos nos alimentos”, pois este esclarece a população quanto às informações presentes nos rótulos dos alimentos e que podem servir como uma ferramenta para a escolha de alimentos mais saudáveis.

Embora o tema tenha sido sugerido por apenas um dos participantes, ao final do primeiro encontro em grupo, discutiu-se a possibilidade de realizar um encontro sobre este tema e todos os participantes concordaram.

Dados recentes levantados junto à população que consulta o serviço Disque-Saúde do Ministério da Saúde demonstram que, aproximadamente, 70% das pessoas consultam os rótulos dos alimentos no momento da compra, no entanto, mais da metade não compreende adequadamente o significado das informações (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005, p. 4). Na terceira idade, isto pode agravar os problemas de saúde adquiridos

ao longo dos anos, como as doenças crônico-degenerativas, pois as pessoas desconhecem as informações sobre a composição nutricional presentes nos produtos, como as quantidades de calorias, gorduras, açúcares, sal, aditivos e outros ingredientes que possam ser prejudiciais à sua saúde.

Além disso, este tema também alertou os indivíduos quanto à qualidade higiênica e sanitária dos produtos e dos estabelecimentos de comercialização e à importância da verificação do prazo de validade dos alimentos.

Portanto, todas essas informações podem fortalecer o consumidor na capacidade de análise e decisão de compra dentre a indiscriminada quantidade de produtos atualmente comercializados (BRASIL, 2006e).

Verificou-se que o tema sobre alimentação saudável foi o de maior interesse dos participantes:

[...] eu quero aprender a comer melhor. Às vezes, a gente abusa. Então, eu acho que você sabendo mais, eu acho que você vai saber melhor [...] (Cristina).  
 [...] eu acho que você vai me orientar sobre o que eu devo comer nessa idade [...] (Maria).  
 [...] você aprende as coisas que você pode e não pode comer, em relação a uma alimentação saudável. Porque a gente já tem uma certa idade e não pode comer qualquer coisa [...] (Adelina).  
 [...] eu quero saber combinar os alimentos. Às vezes, a gente engorda ou aumenta um pouco o peso pela mistura do alimento [...] eu quero ver se eu aprendo a qualificar os alimentos [...] gostaria de ter uma noção geral de nutrição [...] (Ana).  
 [...] eu penso em aprender sobre alimentação saudável e tudo o que se refere à nutrição [...] (Clarice).

A alimentação saudável foi um dos temas debatidos mais importantes, pois permitiu a discussão sobre conhecimentos práticos para o cotidiano de uma alimentação adequada para esta faixa etária.

Atualmente, os meios de comunicação, como jornais, revistas e televisão, abordam frequentemente os temas alimentação e nutrição, mas percebe-se que a população leiga sente dificuldades em adaptar as informações para a sua realidade, são descrentes dos benefícios de uma boa alimentação ou duvidam do rigor científico das notícias divulgadas. Assim, verificaram-se alguns destes problemas nas falas dos participantes:

[...] eu quero uma orientação segura e atualizada [...] e científica. Porque sabe o que acontece? Cada um fala uma coisa e você fica cada vez mais desorientado [...] (Dirceu).  
 [...] hoje em dia, as pesquisas na parte de alimentação é um negócio que você fica sempre com um pezinho atrás. Porque fala assim: “o café faz mal. É o vilão.” Dali a pouco, não.

Se você tomar um pouquinho de café é bom. O chocolate... NOSSA! É um veneno! Agora, não. Agora se descobriu que ele tem endorfinas, você fica feliz [...] (Clarice).

Ao discutir a respeito da alimentação saudável e dos bons hábitos alimentares, aproveitou-se para abordar sobre o efeito inverso, das consequências da alimentação inadequada. Assim, pôde-se atingir as expectativas de certos participantes que apresentavam alguns problemas de saúde, como obesidade, diabetes e dislipidemias e que desejavam saber mais a respeito das doenças e suas influências com os hábitos alimentares:

[...] gostaria de saber em relação a tudo. Mais diabetes e as doenças que a gente tem [...] (Dirceu).

[...] eu queria saber sobre alimentação que pudesse comer pra não engordar [...] (Lúcia).

[...] eu acho que você vai falar sobre certas doenças que podem causar [...] que tenham influência com a alimentação [...] eu acho ótimo você falar sobre o que nós estamos fazendo errado, pra poder corrigir, melhorar um pouco [...] (Maria).

Esses três primeiros temas sugeridos pelos participantes foram discutidos em sete encontros em grupos.

Embora as pessoas tenham grande acesso a questões referentes à alimentação, muitas vezes, elas não conseguem verbalizar seus conhecimentos, anseios e dificuldades.

Assim, restavam ainda dois encontros para discussão e não houve sugestões de temas. Desta forma, durante os encontros em grupo, foram sugeridos pela pesquisadora o tema quatro, sobre alimentos funcionais<sup>3</sup> e o tema cinco, sobre radicais livres<sup>4</sup>, que foram aprovados pelos participantes para discussão.

A discussão a respeito dos alimentos funcionais foi sugerida, pois esses alimentos, quando consumidos, oferecem benefícios extras para a saúde e para a prevenção de doenças (SALGADO, 2007). O consumo de alimentos funcionais está inserido nas práticas alimentares saudáveis e, portanto, este tema está relacionado com as expectativas dos participantes para as discussões em grupo.

---

<sup>3</sup> São alimentos ou ingredientes que, além das funções nutricionais básicas, quando consumidos como parte da dieta usual, produzem efeitos metabólicos e/ou fisiológicos e/ou efeitos benéficos à saúde, devendo ser seguros para o consumo sem supervisão médica (SALGADO, 2007).

<sup>4</sup> Espécies reativas de oxigênio, produzidas pelo organismo, que podem causar danos celulares (BIANCHI e ANTUNES, 1999).

Justifica-se o tema sobre radicais livres, porque estes estão muito envolvidos com o processo de envelhecimento, com o surgimento de cânceres, e a nutrição adequada pode auxiliar no combate dessas substâncias (BIANCHI e ANTUNES, 1999).

Desta forma, ao final da entrevista inicial, obtiveram-se a partir das sugestões dos participantes os temas um, dois e três para o desenvolvimento das discussões nos encontros em grupo. Já os temas quatro e cinco foram propostos pela pesquisadora com a discussão e o consentimento dos sujeitos, porque foram reconhecidas lacunas de informação nas respectivas áreas.

Quadro 4 – Descrição dos temas discutidos nos encontros em grupo, 2007.

<p>Tema 1: Nutrição e envelhecimento.</p> <p>Tema 2: Escolha e compra de alimentos, rótulos e aditivos nos alimentos.</p> <p>Tema 3: Alimentação saudável.</p> <p>Tema 4: Alimentos funcionais.</p> <p>Tema 5: Radicais livres.</p>
---

Estudos indicam que atividades realizadas em grupo resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos tanto para quem oferece o apoio como para quem o recebe, dessa forma contribuindo para o aprendizado de todos (JOÃO et al., 2005; LIMA, 2004; VALLA, 1999).

Valla (1999, p. 10) menciona que:

[...] um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser um fator psicossocial significante na melhoria da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. A participação social pode reforçar o sistema de defesa do corpo e diminuir a suscetibilidade à doença.

João et al. (2005) citam que grande parte dos idosos que frequentam os grupos se sente gratificada pela aprendizagem e oportunidade de acesso às informações, sugere a validade disso para sua saúde e sua vida. O aprendizado não se restringe somente ao aspecto da informação e prevenção, mas inclui uma dimensão mais ampla, a da experiência do outro, da vivência de partilhar história de vida e, nessa troca, promover um crescimento pessoal.



Assim, as discussões de temas de interesse dos participantes em reuniões em grupo demonstram facilitar no processo de aprendizagem:

[...] é bom porque a gente aprende com os outros perguntando alguma coisa diferente. Eu vejo, às vezes, na palestra que eles perguntam certas coisas que a gente sempre aprende [...] (Maria).

[...] sempre você aprende alguma coisa. Você pode ler, saber tudo [...] mas quanto mais você ouve, mais você se conscientiza que você não sabe nada, né? Então, a maior riqueza é cuidar da nossa saúde. Então, eu quero aprender alguma coisa. E quem vai lá, é pessoa que tá interessada também. E essas pessoas também têm dica pra dar pra gente. A gente aprende não só com o professor, mas você aprende muito com as outras pessoas. O professor ali levanta [...] ele é o maestro [...] e o outro lá fala alguma coisa: “não! Porque eu faço desse jeito. Não, porque eu faço de outro” Aí, o professor vai lá e corrige: “não. Isso aqui pode ser assim, mas também pode ser melhorado desse jeito” [...] Porque aí o professor entra com a parte científica, que a gente não tem. Que muitas vezes você pode ter aquilo por intuição. Então, você aprende [...] (Clarice).

Embora, tenham-se subsídios científicos para a elaboração e condução dos temas durante os encontros, observou-se ainda, neste grupo de idosos, a expectativa de receberem incentivos e motivação para a realização de mudanças de comportamento alimentar:

[...] eu to esperando uma orientação e que eu leve muito a sério eu mesma. O curso eu vou levar a sério. Eu gostei muito de você, do seu jeitinho de ser. Eu acho que eu vou ter muita orientação boa. Agora, eu sei que eu tenho que trabalhar eu mesma, pra levar a sério a mim mesma. Não só o curso [...] (Sueli).

Manço (2005) também realizou uma pesquisa qualitativa com enfoque na educação nutricional e comentou sobre a importância do nutricionista para encorajar os pacientes para as mudanças de comportamento alimentar necessárias com o intuito de melhorar a qualidade de vida destes. Porém, ela ressaltou que os indivíduos, igualmente, devem assumir sua postura no processo e ter responsabilidades. Verificou-se, portanto, no relato acima, a consciência de Sueli sobre este fator.

### **3.3 Sobre os encontros em grupo**

Como visto anteriormente, ao término da entrevista inicial individual com os participantes, foram obtidas as sugestões de temas geradores para discussão nos encontros em grupo. Os temas geradores são os temas de interesse dos participantes que surgem através do

diálogo e do processo de conscientização sobre o assunto entre o educador e o educando, durante a prática da educação problematizadora (FREIRE, 1988).

Desta forma, foram sugeridos vários temas, porém o principal foi sobre a alimentação saudável. Todos relataram ter dúvidas sobre este assunto e gostariam de saber também como melhorar a saúde ou promovê-la, em relação à alimentação, a fim de envelhecer com qualidade de vida.

A partir daí, com o tema definido, surgiu a preocupação com a construção metodológica dos encontros. Com o intuito de planejar corretamente as reuniões e realizar um trabalho em grupo fundamentado, partiu-se para uma pesquisa bibliográfica.

Para este trabalho educativo, utilizou-se principalmente o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006e), elaborado pelo Ministério da Saúde, o material educativo proposto no trabalho de Cervato (1999), além da vasta bibliografia de Freire (1980, 1988, 2000, 2001) e colaboradores (1980) que serviu de referência para a prática da educação problematizadora, durante os encontros em grupo.

Percebeu-se que o horário de realização dos encontros não era muito adequado (das 13 às 14 horas), pela proximidade com a hora do almoço. Muitos participantes relatavam dificuldades, pressa em casa e que não almoçavam direito neste dia, mas se esforçavam para comparecer às reuniões.

Outro problema ocorreu em relação à duração dos encontros. Tinha-se exatamente uma hora para realizar as discussões, pois a sala estava reservada para outras atividades da Universidade. Às vezes, desejava-se ter mais um tempo para finalizar calmamente as reuniões, mas não se tinha um local disponível. Tentou-se trocar de horário ou de dia, mas não houve disponibilidade de espaço físico. Apesar dessas situações, a pesquisadora conseguiu desenvolver a discussão dos temas, atingindo os objetivos propostos.

Em relação à frequência dos indivíduos durante os encontros, ocorreram poucas abstenções. No primeiro encontro todos compareceram; no segundo, somente Clarice faltou; no terceiro, nenhuma falta; no quarto, Virgínia faltou; no quinto, Maria, Sueli e Lúcia; no sexto, Adelina e Dirceu; no sétimo e oitavo encontros, Adelina e Virgínia e; no nono, Adelina, Virgínia, Lúcia e Ana.

Embora tenham ocorrido estas faltas, não houve comprometimento quanto à qualidade do trabalho. Os educandos mostraram-se tão motivados com o curso, que quando, por algum motivo

pessoal, precisavam se ausentar, buscavam se informar com outros participantes sobre os assuntos abordados.

Para visualizar melhor a dinâmica das fases desta pesquisa, encontra-se, a seguir, um algoritmo com a descrição dos encontros, seus temas discutidos e os momentos das entrevistas (Figura 2).

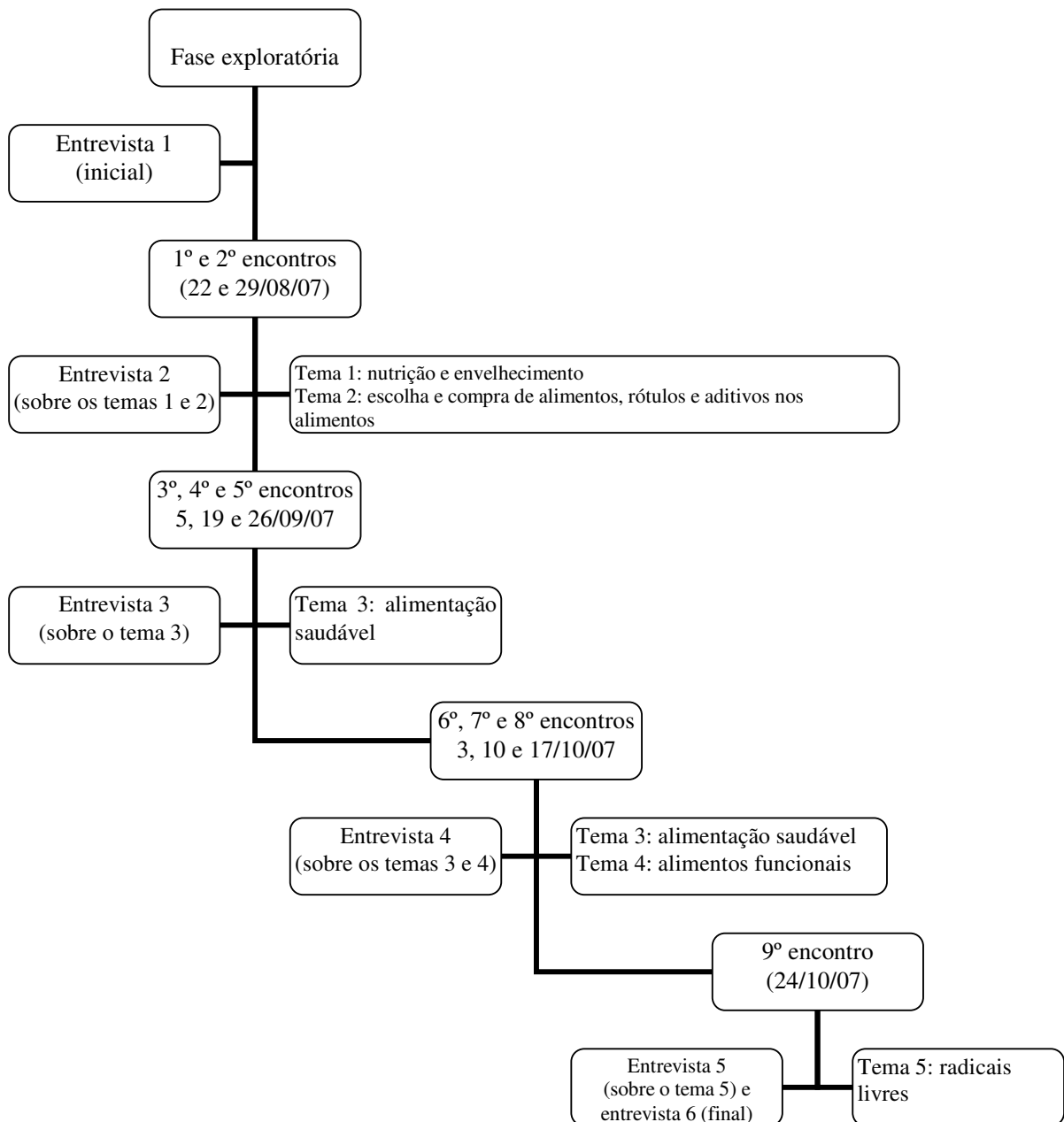


Figura 2 – Algoritmo com as fases da pesquisa.

### 3.3.1 Primeiro encontro em grupo – 22/08/2007

O objetivo do primeiro encontro foi ter uma conversa geral sobre o processo de envelhecimento e as suas relações com a alimentação e a nutrição: as necessidades de adaptação da dieta devido a alterações que ocorrem no organismo com o processo de envelhecimento; a diminuição das necessidades energéticas devido à diminuição do metabolismo, das capacidades físicas, do aumento do sedentarismo; a diminuição da acuidade dos órgãos sensitivos, que prejudica o ato de se alimentar; as alterações em todo o trato gastrointestinal, que dificultam desde a capacidade de mastigação até a diminuição da secreção de enzimas e a atrofia da mucosa intestinal, prejudicando o consumo, a digestão e a absorção de nutrientes; a associação entre diversas doenças, muito comum nesta faixa etária e; a influência de fatores psicossociais, como solidão, perda do cônjuge, aposentadorias irrisórias, perda dos papéis sociais, que também podem causar comportamento alimentar inadequado (maiores detalhes: vide apostila do curso, Anexo C).

Assim, os participantes puderam compartilhar suas experiências e seus problemas vividos em relação a todos esses fatores físicos, fisiológicos, metabólicos, patológicos, psicossociais e culturais que afetam a alimentação e a nutrição.

Foram utilizadas, como embasamento teórico, as referências de Campos, Monteiro e Ornelas (2000), Cervato (1999) e Dutra-de-Oliveira e Marchini (1998).

Durante a reunião, alguns participantes tentaram anotar os comentários gerados. Sueli sugeriu que fosse elaborada uma apostila com o conteúdo das reuniões para ser entregue. Todos concordaram. Foi sugerida, ainda, a possibilidade de impressão do material pela administração da Unati, que, posteriormente, concordou em fornecer as cópias necessárias aos participantes.

Alguns relataram a necessidade que sentiam de escrever para auxiliar no processo de aprendizagem. Outros diziam que se estivessem com este material da apostila em mãos seria mais fácil e prático, pois já teriam um local apropriado para fazer suas anotações de interesse. Porém, combinou-se que a entrega da apostila seria somente após a finalização dos encontros, pois a metodologia do processo de aprendizagem descrita por Freire (1988) está centrada no diálogo e, desta forma, as discussões poderiam gerar novos assuntos que não teriam sido pré-programados em uma apostila, podendo contaminar o conhecimento e a percepção dos participantes.

Foi observado que algumas pessoas eram mais caladas durante as discussões em grupo, outras já participavam mais. Estas últimas, muitas vezes, faziam questões pessoais ou

conversavam sobre assuntos que não tinham relação alguma com o conteúdo programado para o encontro. Para diminuir esses problemas, inclusive por causa do horário limitado para as reuniões, algumas vezes, as questões para discussão foram dirigidas primeiramente aos que eram mais calados, como forma deles também participarem e de incentivar a expressão de suas experiências e opiniões, e, depois, a pesquisadora solicitava a participação dos outros membros.

Não se sentiu a necessidade de realizar atividades de socialização, pois os participantes já se conheciam entre si e a pesquisadora também já estava familiarizada com eles através dos contatos obtidos, durante a fase exploratória da pesquisa e na entrevista inicial, realizada no domicílio dos participantes.

### **3.3.2 Segundo encontro em grupo – 29/08/2007**

Antes de iniciar o encontro, foi agendado o horário com cada um dos participantes para a realização das entrevistas em seus domicílios sobre os temas um e dois.

A validade dos alimentos foi um assunto sugerido durante as entrevistas iniciais e que foi contemplado neste segundo encontro com o tema sobre rótulos dos alimentos, o processo de escolha e compra de alimentos para obter uma alimentação mais saudável.

Para esta atividade, utilizou-se o embasamento teórico presente no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006e) e as legislações brasileiras sobre rotulagem nutricional (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005) e aditivos alimentares (BRASIL, 1997).

Iniciou-se o encontro com a distribuição de rótulos para os participantes pela pesquisadora. Foram discutidos sobre os itens que devem estar contidos nos rótulos, como o prazo de validade, a lista de informações nutricionais e de ingredientes, entre outros, e sua importância de esclarecimento para favorecer a compra de alimentos de boa qualidade nutricional e sanitária.

Conversou-se também sobre os alimentos ricos em gorduras, gordura trans, colesterol, os alimentos industrializados com excesso de aditivos alimentares, sódio e açúcares e a necessidade de evitar o seu consumo para a prevenção de agravos à saúde. Esclareceram-se as dúvidas a respeito de alimentos *diet* e *light*.

Neste mesmo encontro, Sueli chegou atrasada e extremamente preocupada, pois acabara de sair do consultório médico com um resultado laboratorial de hipertrigliceridemia. Ela não sabia o que fazer e tinha muitas dúvidas sobre quais alimentos podia ou não consumir. Assim, julgou-se necessário adaptar essa aula para auxiliar esta participante. Cabe ressaltar que essa mudança mostra que em um trabalho com um grupo de pessoas, há necessidade de adaptações, segundo a realidade encontrada em cada reunião (LIMA, 2004).

### **3.3.3 Terceiro encontro em grupo – 05/09/2007**

Aprender a qualificar os alimentos foi um dos temas sugeridos durante o período da entrevista inicial com os indivíduos e que foi contemplado no terceiro encontro.

Iniciou-se distribuindo um questionário (Anexo D) com vários tipos de alimentos e os participantes deveriam classificar cada um deles com o nutriente que o alimento é fonte principal para o organismo.

Este questionário foi aplicado com o intuito de investigar o grau de conhecimento que o grupo já tinha a respeito do assunto. O questionário era composto de 18 alimentos para serem classificados. Ele foi entregue e limitou-se o tempo de cinco minutos para o seu preenchimento. Após esse período, os questionários foram recolhidos e iniciaram-se as discussões do encontro.

Foi explicado que os alimentos podem ser classificados em três grandes grupos segundo suas funções para o organismo, como: energéticos, construtores ou reguladores (CERVATO, 1999; SESI, 2005).

Especificando mais sobre o assunto e já tentando fornecer subsídios para responder as questões do questionário, foi explicado que cada um desses grupos, citados anteriormente, é rico em determinados nutrientes (carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas, minerais e fibras) e foi discutida a presença de quais nutrientes são contidos em determinados alimentos.

Embora um alimento, muitas vezes, contenha diversos nutrientes, ele é classificado pelo que tem de principal, no que ele é caracterizado como fonte ou função exercida. Assim, os participantes descobriram e aprenderam que a maioria dos alimentos do questionário continha apenas uma resposta certa, como, por exemplo, o açúcar, que é um carboidrato. O leite, que embora contenha lactose, gorduras e grande quantidade de cálcio, é considerado do grupo dos alimentos construtores e, assim, fonte de proteínas. A aveia, que é um cereal, sendo, portanto um

carboidrato, também é uma importante fonte de fibras. O chocolate, que é um doce, sendo, portanto um carboidrato, contém aproximadamente metade do seu valor calórico proveniente das gorduras, sendo fonte dos dois nutrientes (BRASIL, 2006e; CERVATO, 1999; PHILIPPI, 1999; SESI, 2005).

Desta forma, cada um dos itens do questionário foi discutido, mas neste dia não se utilizaram recursos visuais e percebeu-se que, mesmo ocorrendo a discussão, ficou um pouco abstrata a compreensão pelo grupo.

Assim, o encontro foi finalizado e no próximo seria retomado o assunto novamente.

### **3.3.4 Quarto encontro em grupo – 19/09/2007**

Após duas semanas, ocorreu o quarto encontro que não foi possível de ser realizado na semana anterior por problemas para o agendamento de sala na Universidade.

O encontro iniciou-se com a apresentação, no projetor multimídia, de um quadro<sup>5</sup> com o resumo do que foi conversado na reunião anterior sobre os grupos dos alimentos, os principais nutrientes e suas fontes. Discutiu-se novamente o quadro e, logo após, foi abordado o tema principal do quarto encontro: a Pirâmide Alimentar<sup>6</sup> descrita por Philippi et al. (1999).

Muitos participantes desejavam saber combinar melhor os alimentos para ter uma alimentação saudável. Sendo assim, a Pirâmide oferece uma maior noção e de forma mais clara sobre os grupos dos alimentos e as quantidades a serem consumidas.

Com o assunto que se iniciou no encontro anterior foi mais fácil explicar os nutrientes presentes em cada um dos grupos dos alimentos da Pirâmide e suas funções. Foi discutida também sobre a importância do fracionamento das refeições ao longo do dia e quais são os melhores tipos de alimentos para serem consumidos em cada uma delas.

Para finalizar, realizou-se a dinâmica do espelho (INSTITUTO DA PASTORAL DA JUVENTUDE – LESTE II, 2004), a fim de tentar promover a todos, principalmente, àqueles que têm problemas de depressão ou que estavam desmotivados, uma maior valorização pessoal, estimular o autocuidado e a melhoria dos hábitos alimentares e do estilo de vida (vide Anexo E).

---

<sup>5</sup> Presente na apostila do curso. Vide Anexo C, p. 150.

<sup>6</sup> Presente na apostila do curso. Vide Anexo C, p. 151.

### **3.3.5 Quinto encontro em grupo – 26/09/2007**

Iniciou-se o encontro reforçando a importância do cuidado pessoal e da auto-estima para melhorar a qualidade de vida. Neste dia foi conversado sobre as principais diretrizes para uma alimentação saudável, presentes no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006e), dentre elas, sobre a importância, os modos de preparo e as quantidades recomendadas para o consumo de diversos alimentos, de água e da prática de atividade física.

Após a longa discussão sobre grupos de alimentos e nutrientes, nos dois últimos encontros, foi distribuído novamente o mesmo questionário aplicado no terceiro encontro. Desejou-se, com isso, investigar se os indivíduos foram capazes de reter algum conhecimento em relação ao assunto.

Eles ficaram surpresos, pois não imaginavam que o mesmo questionário seria novamente aplicado e, sugeriram para que no próximo encontro fossem retomadas as discussões e correções deste, mas que eles pudessem ver os dois questionários preenchidos, para comparar os resultados e visualizar melhor as opções feitas.

Finalizou-se o encontro agendando os horários com os participantes para a realização da entrevista sobre os assuntos discutidos no terceiro, quarto e quinto encontros em grupo.

### **3.3.6 Sexto encontro em grupo – 03/10/2007**

Foram distribuídos os questionários e novamente discutidos os resultados. Após a discussão, retomou-se à Pirâmide dos Alimentos e à importância da combinação dos alimentos, principalmente em relação a certos problemas de saúde, como osteoporose, diabetes, dislipidemias, obesidade e constipação.

No encontro anterior, os participantes sugeriram que eles elaborassem um cardápio para ser discutido neste encontro. Porém, o tempo não foi suficiente para iniciar a discussão.

Para enriquecer esta atividade, foi sugerido pela pesquisadora para que eles escrevessem em uma folha, em casa, sobre como eles achavam que deveriam ser suas refeições; que explicassem se isto seria uma tarefa fácil ou não e que falassem o que desejavam em relação à alimentação (Anexo F).



### **3.3.7 Sétimo encontro em grupo – 10/10/2007**

Iniciou-se com a discussão sobre as questões sugeridas ao final do sexto encontro.

Os participantes montaram cardápios e discutiram sobre como achavam que deveriam ser suas refeições, colocaram seus anseios e suas dificuldades perante isso. Esta atividade foi fundamental para a conscientização dos indivíduos e para o aprendizado. Todos puderam se expressar e esclarecer dúvidas sobre a prática alimentar, através também da discussão de seus cardápios elaborados.

Esta reunião finalizou o tema sobre alimentação saudável, que foi abordado desde o terceiro encontro.

Como os principais temas sugeridos antes do início do curso já haviam sido contemplados, ao final deste encontro, foram questionados novos temas para o próximo encontro.

Embora o acesso ao tema alimentação esteja presente constantemente na vida dos participantes através da mídia, eles têm muitas dificuldades para sugerir temas e comentar sobre dúvidas a respeito da alimentação adequada.

Dessa forma, foi sugerido pela pesquisadora o tema sobre alimentos funcionais e eles discutiram e aprovaram para o próximo encontro.

### **3.3.8 Oitavo encontro em grupo – 17/10/2007**

No oitavo encontro, foi discutido um artigo eletrônico sobre alimentos funcionais (SALGADO, 2007), proveniente da Sociedade Brasileira de Alimentos Funcionais. Discutiu-se a importância do consumo desses alimentos, que possuem componentes ativos, como as isoflavonas (presentes na soja), as catequinas (presentes em alguns chás, na uva roxa, etc.), o licopeno, as fibras, os prebióticos, os ácidos graxos ômega-3, dentre outros, e que são capazes de prevenir doenças - como diversos tipos de câncer, doenças cardiovasculares - e promover a saúde.

Neste dia também foi combinado com os participantes os horários para a realização da entrevista sobre os assuntos discutidos no sexto, sétimo e oitavo encontros.

O oitavo encontro seria o último dia programado do curso, porém como todas as reuniões foram realizadas com o tempo limitado a uma hora, foi discutida a possibilidade de ocorrência de

um encontro extra. Todos concordaram e questionou-se sobre qual seria o assunto. O tema contemplado foi uma continuidade sobre alimentos funcionais, tendo como foco a ação dos radicais livres e os alimentos antioxidantes<sup>7</sup>.

### **3.3.9 Nono encontro em grupo – 24/10/2007**

Para esta atividade, envolvendo os radicais livres e os antioxidantes, utilizou-se o embasamento teórico presente no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006e), no material educativo utilizado na tese de Cervato (1999) e no artigo científico de Bianchi e Antunes (1999).

Foi discutido como são formados os radicais livres, como agem no organismo prejudicando a saúde e como combatê-los através de uma alimentação adequada, com poucas gorduras e alimentos industrializados e com o consumo de alimentos ricos em substâncias antioxidantes, com certas vitaminas e minerais.

Neste dia, metade do grupo não compareceu à reunião, principalmente, porque estava chovendo muito forte e eles dependiam de meios de transporte.

O encontro foi finalizado com agradecimentos de ambos, participantes e pesquisadora, e os educandos concordaram que o material educativo, elaborado conforme as discussões realizadas no curso, seria entregue na próxima palestra mensal da Unati. Esta palestra foi aberta a todos os frequentadores da Unati e ministrada pela pesquisadora, que apresentou uma síntese dos assuntos discutidos nos encontros.

Além de prestar serviços à comunidade, a pesquisadora considerou esta palestra como uma forma de agradecimento a todos os integrantes da Unati, pela colaboração no desenvolvimento da pesquisa.

Foram também combinados neste último encontro os horários e datas para as entrevistas individuais sobre o respectivo tema e para a realização da entrevista final.

---

<sup>7</sup> Alimentos que possuem substâncias capazes de inibir ou reduzir as lesões causadas pelos radicais livres (BIANCHI e ANTUNES, 1999).

### 3.4 Resultados das discussões realizadas com os indivíduos

Todos os resultados foram obtidos através das discussões nos encontros em grupo e/ou durante as entrevistas individuais.

A abordagem dos temas através da educação problematizadora e a metodologia qualitativa, com a presença de entrevistas semi-estruturadas, permitiram a obtenção de relatos nas entrevistas e discussões nas reuniões. Todos esses resultados sinalizaram o processo de aprendizado, as transformações de concepções dos educandos, indicando o favorecimento do processo de conscientização e, assim, sendo importante para as mudanças comportamentais.

Cabe ressaltar que as discussões sobre os temas não se acabaram nos encontros em grupo. Muitas vezes, a pesquisadora continuava a orientar e esclarecer dúvidas durante as entrevistas individuais também, pois alguns indivíduos não conseguiam fixar o conhecimento adquirido no encontro e necessitavam de reforço. A seguir, ilustram-se alguns relatos que indicam esses questionamentos dos educandos no momento das entrevistas individuais:

[...] eu fico meio em dúvida em relação à combinação. Por exemplo, se você come macarrão, você não pode comer batata, pão [...] (Ana).

[...] carne a gente tem que comer todo dia? [...] (Virgínia).

Em anexo encontram-se as transcrições completas dos dois primeiros encontros em grupo (Anexos G e H) e da entrevista dois (Anexo I), que abordou os temas dos respectivos encontros, com a finalidade de elucidar as características da dinâmica e das questões discutidas.

#### 3.4.1 Tema um: Nutrição e envelhecimento

Como descrito na justificativa para os encontros em grupo, este tema foi sugerido pelos participantes que, através da manifestação dos relatos, indicavam necessidades de maiores explicações e justificativas sobre as alterações que ocorrem no organismo com o processo de envelhecimento e que prejudicam o ato de se alimentar ou a própria nutrição.

Desta forma, este tema permitiu, principalmente, o esclarecimento de dúvidas e a ampliação de conhecimentos sobre o funcionamento do organismo. Neste dia, não houve muitas propostas para mudanças comportamentais de hábitos inadequados.

Porém, cabe ressaltar que o desenvolvimento deste encontro, com este tema a princípio, foi fundamental como base para introduzir os temas seguintes e serviu com argumentos para o processo de conscientização e de mudanças comportamentais sugeridas nos encontros consecutivos.

Iniciou-se a abordagem do conteúdo pré-programado do encontro, com o questionamento aos participantes para verificar se os termos alimentação e nutrição teriam o mesmo significado. Destacaram-se abaixo alguns diálogos:

**Clarice:** A alimentação é comer de tudo, mas nem tudo te nutre [...].

**Cristina:** [...] eu acho que não é a mesma coisa [...] porque na alimentação tem coisas que nada vai ser aproveitado. Já na nutrição não. Se você comer um alimento que for nutritivo ele vai te nutrir bem com as coisas que você precisa [...].

**Sueli:** O alimento supre a necessidade de comer, por exemplo, a fome. Agora, a nutrição já seleciona para o lado da boa alimentação [...].

Estes diálogos indicam conhecimentos prévios dos indivíduos sobre tal questionamento. De fato, segundo a literatura, a alimentação está relacionada com o ato de se alimentar em si, da aquisição de alimentos da parte externa que compõe a dieta. Já a nutrição tem um aspecto mais amplo, que envolve todas as etapas dos processos pelos quais o organismo ingere, digere, absorve, transporta, utiliza e excreta os nutrientes, além de ser considerado o estudo dos alimentos, seus nutrientes e ação, interação e balanço em relação à saúde e à doença (FISBERG et al., 2002).

Assim, verificou-se com estes diálogos acima, que os indivíduos fazem alguma idéia correta sobre o questionamento referido, porém existem algumas dificuldades para a verbalização dos conhecimentos prévios. Ratifica-se este fato com um relato de um dos próprios participantes, após a pesquisadora ter elogiado os conhecimentos prévios do grupo: “[...] apesar que é tudo esparso. Você não tem uma certeza, assim, disso [...] e é isso o que a gente tá procurando” (Dirceu).

Verificam-se novamente, com este relato, algumas expectativas dos indivíduos em relação ao curso, neste caso de ampliar os conhecimentos com uma base científica. Estas necessidades de conhecimento, demonstradas pelos participantes e descritas também nas justificativas dos encontros em grupo, foram retomadas durante este primeiro encontro:

**Pesquisadora (P):** Será que a alimentação muda conforme vai envelhecendo?

**Virgínia:** Eu acho que muda.

**Cristina:** Muda em função de algum problema, uma doença, alguma coisa.

**Ana:** Eu acho que não muda nada. Se ela for saudável, come de tudo.

**Sueli:** Muda de acordo com alguma coisa que a gente tem.

**Clarice:** É... Come menos.

**Sueli:** Um diabetes, um colesterol. Eu acho que só pela idade não muda.

**Cristina:** Eu acho que precisa de mais coisas. Acho que falta muita coisa.

**P:** A senhora acha que precisa de mais nutrientes diferentes?

**Cristina:** Muito mais.

**P:** Será que acontece alguma coisa no organismo, fora as doenças, que também interfere?

**Dirceu:** Acho que sim. Conscientização de alguma coisa.

**Amália:** Porque de primeiro, quando você era jovem, você comia bastante e não engordava. Agora, você come um pouquinho e engorda.

**P:** Por que engorda?

**Amália:** Porque o metabolismo muda. Precisa de menos energia.

**Sueli:** O metabolismo é outro. A gente trabalha mais devagar, anda menos, trabalha menos.

**Amália:** Quando você chega na menopausa os hormônios mudam.

Portanto, todos esses relatos indicam também conhecimentos prévios dos indivíduos sobre este assunto. Porém, no momento em que eles são compartilhados, nos diálogos em grupo, este processo pode favorecer na ampliação dos conhecimentos de todos os participantes.

Durante o encontro, a pesquisadora orientou os diálogos, esclareceu dúvidas e explicou sobre as alterações que ocorrem no organismo nesta fase do envelhecer e que afetam a nutrição do idoso. Foi conversado de uma forma acessível e sucinta o processo pelo qual os alimentos percorrem todo o trato gastrointestinal para serem digeridos e os nutrientes serem absorvidos. Destacaram-se abaixo alguns relatos de conclusões dos participantes, durante a aquisição do conhecimento, conforme o assunto era abordado:

**P:** [...] a digestão já está diminuída e aí, chega na hora da absorção, a mucosa já está mais atrofiada.

**Clarice:** Daí é importante da gente comer menos e melhor.

**Sueli:** Mastigar bem [...].

**Dirceu:** É que precisa saborear mais os alimentos [...] A gente engole. Esse que é o problema! Mastigar bem e salivar.

**Clarice:** [...] e quem tem esse problema de dificuldade de absorção [...] os médicos falam que precisa de um suplemento vitamínico [...] Mas, a vitamina, assim como, os alimentos [...] muito daquilo que a gente toma também não é absorvido, né?

**P:** Não.

**Clarice:** Então, não adianta ficar tomando toneladas de vitaminas porque não é absorvido.

**P:** Não. Por isso que você tendo uma alimentação variada, você vai ter a oportunidade de ter tudo o que precisa. Em alguns casos são necessários os suplementos vitamínicos, mas na maioria deles não.

Após os encontros, verificaram-se, na respectiva entrevista, informações relatadas sobre este assunto abordado:

[...] eu não sabia que quando ia chegando uma certa idade, o organismo diminui o funcionamento [...] fica mais lento [...] então, fiquei mais preocupada [...] devemos fazer certo pra não ter problema no futuro [...] (Lúcia).

[...] agora nem precisa comer muito, né? [...] (Maria).

[...] aquela primeira reunião sobre o aparelho digestivo foi tão boa! Achei que foi bem esclarecedora pra gente [...] Outro dia eu vi uma reportagem que estava falando sobre comer pouco. E é isso mesmo, né? [...] Eu estou tentando modificar e emagreci [...] (Virgínia).

[...] aquela parte geral que você comentou sobre mastigação, deglutição, a gente nunca consegue captar cem por cento [...] (Dirceu).

Estes relatos indicam que houve aquisição de novos conhecimentos por todos. Lúcia mostrou-se consciente sobre as alterações ocorridas no organismo com o processo de envelhecimento e compreendeu sobre a importância de bons hábitos alimentares e de saúde para a manutenção da qualidade de vida. Virgínia, inclusive, apontou indícios de mudanças comportamentais e Dirceu referiu dificuldades para obtenção de conhecimentos mais técnicos, em relação a todo o processo de digestão.

Por tudo isso, a abordagem frequente, tanto deste assunto (tema um) como de outras atividades de educação nutricional, mostrou-se interessante para fixar os conhecimentos adquiridos e auxiliar no processo de conscientização para que, conseqüentemente, ocorra o favorecimento de mudanças comportamentais dos indivíduos. Freire (1988) ratifica que transformações comportamentais só ocorrem de fato quando as pessoas tornam-se conscientes da importância do ato de mudar, para seu benefício próprio a fim de melhorar a sua saúde e outros aspectos relacionados à sua vida.

Uma das participantes reforça esta idéia: “[...] pra mim foi bem melhor. Me abriu mais a mente pra estar aprendendo algo com mais certeza. A gente sabia, tinha alguma noção [...] mas tinha hora que a gente tinha dúvida [...]” (Lúcia).

Embora alguns indivíduos indicassem que possuíam certos conhecimentos sobre nutrição, mesmo não conseguindo verbalizar, outros demonstravam grande déficit de informação sobre o assunto:

[...] muita coisa que eu não sabia eu to aprendendo. Porque naquele corre e corre do dia-a-dia você faz as coisas mais fáceis [...] Mas agora, eu to parando mais pra ver as coisas que

eu não fazia muito certas [...] Então, pra mim está sendo muito bom, porque a gente nunca teve noção e, agora, tá aprendendo [...] (Cristina).

Deste modo, o conteúdo apresentado neste relato anterior associado aos resultados das características socioeconômicas e culturais dos participantes da pesquisa, que apresenta uma população diversificada, porém que a maioria possui um nível de escolaridade e renda familiar mensal elevada e realiza diversas atividades culturais nos momentos de lazer, se comparados à população idosa brasileira, indicam a existência de déficit de conhecimento sobre nutrição até em camadas mais abastadas da população. Sendo assim, conforme descrito anteriormente, as atividades de educação nutricional se mostram altamente válidas com o intuito da promoção da saúde e prevenção de doenças.

No início deste tópico foi referido que as discussões geradas neste encontro ofereceram o esclarecimento de dúvidas e um conhecimento mais técnico sobre o processo de envelhecimento e as relações com a nutrição, mas também proporcionaram algumas propostas para mudanças comportamentais, como demonstra o diálogo abaixo, sobre a importância do consumo de água para a saúde. A pesquisadora explicou que a quantidade de água corporal diminui conforme o organismo vai envelhecendo. Associado a isto, a sensibilidade à sede também diminui e, muitas vezes, os indivíduos se esquecem de ingerir líquidos. Desta forma, a hidratação corporal fica prejudicada.

**Virgínia:** Se a água corporal diminui a gente devia tomar mais água [...] Então, não pode esperar aparecer a sede [...] tem que ser aquele hábito.

**Clarice:** Meu urologista tem uma dica boa: “toda vez que você for ao banheiro, imediatamente após, você vá e tome um copo d’água”.

Sobre este assunto abordado, verificaram-se mudanças comportamentais dos indivíduos, relatadas na entrevista sobre o respectivo tema:

[...] em relação ao consumo de água, eu passei a ficar mais alerta. Então, eu lembro e to lá perto e já tomo um copo de água. Agora, eu tomo uns três ou quatro copos. Antes era bem menos [...] (Sueli).

[...] eu to procurando beber mais água [...] (Dirceu).

Embora o consumo de água modificado de Sueli ainda não seja suficiente para prevenir problemas de saúde, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006e), que recomenda no mínimo dois litros diários para uma pessoa saudável, independente das condições climáticas, o

relato indica que os diálogos durante os encontros em grupo favoreceram a conscientização sobre os seus hábitos inadequados e permitissem, assim, a mudança de atitude e a tentativa de melhorar seus costumes, promovendo, desta forma, a saúde.

Mesmo não havendo muitas propostas para mudanças comportamentais neste primeiro encontro, verificaram-se mais indícios de que os educandos tentaram aplicar os conteúdos abordados: “[...] eu to mudando. Eu comia totalmente errado. Já de manhã, eu comia dois ou três pães e tudo aquilo que eu te falei (*na entrevista inicial*). Agora eu to tirando um pouco [...]” (Cristina).

Os resultados das características culturais dos indivíduos mostraram que estes têm atividades variadas nos momentos de lazer (vide Quadro 2, p. 49), dentre elas, o hábito de assistir à televisão, a leitura de livros e revistas e o uso da internet para buscar conhecimentos diversos relacionados às suas vidas. Verificaram-se, portanto, fontes de informação variadas, inclusive sobre saúde e nutrição, porém que, muitas vezes, apresentam conteúdos duvidosos ou desatualizados. Os próprios participantes demonstraram estes problemas dos meios de comunicação, que confundem os telespectadores/ouvintes/leitores, e que foram apresentados nas justificativas para os encontros em grupo (vide p. 60-61). Por vários momentos do primeiro encontro os indivíduos relataram, novamente, sobre estes problemas dos meios de comunicação envolvendo aspectos alimentares:

**Ana:** Primeiro o café fazia mal.

**Dirceu:** Não. Depende de quanto você tomar.

**Ana:** Agora faz bem, abaixa o colesterol. E você pode tomar até três, quatro “xicrinhas” por dia. Que ele é benéfico pra saúde.

**Amália:** Agora, em relação ao cálcio, não sei. E a fixação...

**Dirceu:** Segundo o que eu sei, mais de cinco xícaras altera o colesterol.

**P:** Mas, mais de cinco xícaras já não é recomendado por causa desses outros fatores, que falam que é maléfico. Mas, ele também proporciona uma sensação de bem-estar.

**Dirceu:** É...

**P:** Ele é um estimulante.

**Dirceu:** Ele estimula o coração.

**Virgínia:** Tira o sono.

[...]

**Sueli:** A gente tem as informações e, realmente, como o caso do café, também pro colesterol, o abacate era proibido. Tinha na lista: coco, abacate. Aí, depois, começaram a falar que abacate é bom [...].

**Clarice:** Mas a gordura do abacate é boa.

**Sueli:** A gordura do abacate é boa pro colesterol [...] Quer dizer, eles proibem [...] e depois a gente fica até sem saber o que fazer [...].



Portanto, durante todo o curso, os participantes foram alertados sobre a importância de discernir os meios de comunicação confiáveis de não confiáveis, como fonte de conhecimento.

Neste primeiro encontro, foi abordada com o grupo sobre as perspectivas de crescimento no número de idosos no mundo e a importância da promoção da saúde nesta faixa etária para que estes envelheçam com qualidade de vida e previnam doenças. Neste sentido, foi apresentada uma pirâmide populacional mundial (vide Figura 1, p. 12) que expressava a quantidade de homens e mulheres, indicando, portanto, as suas diferenças:

**Clarice:** Olha! Tem mais mulheres velhas do que homens!

**P:** Sim.

**Sueli:** Sempre foi assim, viu! E vai continuar sendo, hein?! [...].

**P:** Por que será que é assim?

**Clarice:** Porque as mulheres se cuidam mais.

**Dirceu:** Eu concordo! Eu concordo!

**P:** Isso! As mulheres se cuidam mais.

**Clarice:** As mulheres têm uma rotina e vão ao médico. Os homens: “Ah! Deixa pra lá!” Aquela história da próstata. Eles morrem, mas não vão fazer o exame.

**Dirceu:** É... (risos).

[...]

**Adelina:** [...] a aposentadoria [...] tem que abrir campo pros homens, porque muitos que se aposentam e não tem a mesma união como tem as mulheres aposentadas. E eles têm dificuldade [...] não se encontram, sabe? Se vai numa yoga, por exemplo, só vai mulher. Não vai homens [...].

Como discutido anteriormente, o envelhecimento de uma população está relacionado com o tipo de política do país que define as condições econômicas, de saúde e de segurança da população.

Esses diálogos acima mostram a exposição de suas opiniões que permitiram a reflexão sobre essa pirâmide que exprime de forma gráfica uma situação que envolve e determina todas as bases de relações humanas, como social, política, de saúde, econômica e cultural.

Além disso, como os participantes relataram, também existe o caráter sócio-cultural, que define as diferenças no envelhecimento entre os gêneros feminino e masculino. Trabalhos publicados (FIGUEIREDO et al., 2007; VERAS, 1994) também comprovam o maior envelhecimento das mulheres devido aos seus cuidados com a saúde e a prevenção.

Assim, os diálogos despertaram os indivíduos sobre essas diferenças e as suas causas, envolvendo uma dimensão mais ampla do problema, favorecendo a reflexão e a conscientização, tanto em nível individual quanto coletivo.

Ainda sobre esses aspectos da interferência das condições psicossociais e culturais na terceira idade, influenciando na realização de uma alimentação adequada, verificou-se o seguinte diálogo:

**P:** [...] como está a alimentação do idoso, de uma forma geral?

**Ana:** A do idoso pobre é cada vez menor. Agora, do idoso com uma condição financeira boa, ele pode bem porque ele pode comer. Eu posso sair...  
(Vozes).

**Ana:** Agora, eu vejo lá na igreja onde eu cozinho. Eles comem aquilo que a gente pode oferecer. E a gente procura fazer o melhor do que a gente tem. E eles **comem** exageradamente. Mas porque eles só têm aquela refeição. Não tem outra [...].

**P:** E a saúde do idoso, como é que fica se não se alimenta direito? E as doenças que vão aparecendo?

**Ana:** Fica ruim.

**P:** Pra vocês verem que não é só uma questão de alimentação, é também uma questão política. Porque envolve vários outros órgãos.

**Ana:** Carolina! Eles não têm tempo de ver. Porque eles estão preocupados em comprar mais carro, mais mansão, viajar [...] Eles não têm tempo de assistir televisão e ver a miséria que hoje tem no jornal, que mostrou lá no Recife, a miséria daqueles hospitais [...] Gente! Mas será que eles não vêem televisão? Eles não vêem...  
(Vozes).

**Clarice:** O idoso, além dele ter a perda de apetite, o fato dele, às vezes, morar sozinho, ele não tem estímulo para comer. Nem tanto fazer, como você falou, mas para comer.

**P:** São as duas coisas.

Assim, todos esses comentários evidenciam a problematização realizada durante o encontro, sobre tal tema, que permitiu a expressão das opiniões dos educandos, favorecendo a geração de novos conhecimentos e indicando o processo de conscientização destes.

Para finalizar, cabe ressaltar que, de uma forma geral, este primeiro encontro e a respectiva entrevista no início da pesquisa (entrevista dois – vide Quadro 1) ainda indicaram um fator determinante para o êxito do trabalho, que foi a receptividade dos participantes, que se encontravam abertos ao novo. Mostraram-se interessados em adquirir novos conhecimentos, em aprender, mesmo após os 60 anos de idade: “[...] tem muita coisa que a gente não sabe. Eu tenho já 78 anos [...] então, a gente sabe mais as coisas de antigamente, dos costumes de antes [...]” (Adelina).

Para Freire (2001), não há aprendizado, ensino sem curiosidade, tornando-se fundamental que os sujeitos se posicionem numa perspectiva dialógica, aberta, curiosa e indagadora.

Veras (1994) complementa que os idosos têm muito interesse em obter conhecimentos sobre saúde, especialmente, sobre as principais doenças acometidas nesta faixa etária, de forma a

poder controlá-las ou preveni-las. Isto também justifica a importância de que os temas de atividades educativas sejam advindos por estes (MORIN, 2005).

Porém, nem sempre estes têm oportunidade para a aquisição de conhecimentos, pois, embora a importância de atividades educativas seja mencionada e contemplada nas políticas públicas, existem diversas barreiras no campo da ação. Portanto, parte dos objetivos deste estudo foi cumprida ao contribuir para a ampliação de conhecimentos pelos educandos de forma a melhorar sua qualidade de vida.

### 3.4.2 Tema dois: Escolha e compra de alimentos, rótulos e aditivos nos alimentos

No segundo encontro em grupo ocorreu a discussão sobre o processo de escolha dos alimentos e a leitura dos rótulos dos produtos para a promoção de melhores hábitos alimentares e, deste modo, de saúde. Verificou-se, neste encontro, através das discussões, que os indivíduos já possuíam grande conhecimento no assunto e realizavam algumas práticas saudáveis:

**P:** [...] o que vocês verificam quando vão comprar um alimento?

**Adelina:** A validade, a embalagem...

**P:** Hoje já é uma coisa mais comum isso, né?

**Ana:** Antigamente, nem tinha validade nos produtos.

**P:** Pois é [...] há algum tempo atrás muitos produtos não tinham [...] Têm alimentos que vencem rápido, por exemplo, iogurte, pão de forma [...] No supermercado, às vezes, eles acabam deixando uns produtos vencidos ou que logo vão vencer nas prateleiras e a gente compra sem perceber [...].

**Seide:** Se estão em promoção você tem que tomar cuidado, né?

[...]

**P:** [...] está escrito aí (no rótulo) alguma coisa sobre o colesterol?

**Dirceu:** [...] é que no óleo não tem colesterol.

**Amália:** Fala que não tem colesterol e que é rico em vitamina E.

**P:** Isso! “Sem colesterol, como todo óleo vegetal.” [...] Porque o que dava a impressão antes? De que alguns tinham colesterol e outros não. Na verdade, todos não têm.

Foi discutido também que, muitas vezes, as indústrias modificam as quantidades presentes dos produtos e vendem-no pelo mesmo preço que anteriormente:

**P:** Vocês já perceberam que eles diminuem a quantidade do produto e o preço continua o mesmo? Isso acontece com sabonete, papel higiênico [...].

**Ana:** Eu vi outro dia no jornal que diversas empresas foram autuadas, porque dizia que tinha uma quantidade na embalagem e na hora que foram pesar não dava. Agora, a gente vai medir o papel higiênico?

[...]

**Dirceu:** Vocês têm que tomar cuidado, porque agora eles estão invertendo. De maior, era mais barato, agora eles tão colocando mais caro. Então, você gasta mais dinheiro e leva menos [...].

Todos esses comentários foram gerando discussões e alertaram os educandos não somente quanto à verificação externa dos produtos (da embalagem) antes da compra, mas também quanto ao conteúdo interno, seus benefícios ou malefícios à saúde, desenvolvendo a conscientização para a compra de melhores produtos para a própria saúde.

[...] Eu fui no supermercado e a gente vai dando uma olhada, vai vendo o rótulo, a validade das coisas que a gente vai comprar [...] Antes eu via, mas, às vezes, não. Principalmente, validade. Antigamente, a gente não via validade. Você pegava da prateleira e colocava no carrinho. Agora, despertou mais a gente [...] (Adelina).

[...] A gente nunca liga pra comprar uma mercadoria e ficar olhando o rótulo, às vezes, nem a validade. Aí, ontem eu fui pegar um vidro de ervilha, aí eu falei: “**nossa!** Deixe eu olhar a validade!” Aí, eu vi que era até 2009 e que foi fabricado neste ano [...] Porque isso era uma coisa que antes a gente nem ligava. E agora a gente já observa mais [...] Então, eu acho que nós estamos tendo novas informações [...] (Ana).

[...] Todos esses cuidados com a alimentação, com o que a gente vai comprar, eu já sabia muita coisa, mas alertou. Especialmente, fez com que a gente tomasse consciência de que, na verdade, nós devemos tomar todos esses cuidados com o que a gente tá comprando [...] Tem coisas que a gente sabia, mas fazia de conta que não sabia, porque não coloca na prática [...] Então, tá acrescentando muita coisa pra gente [...] Antes, tinha muita coisa que eu ia comprando sem olhar muito. Agora, a gente já ficou mais atenta a isso [...] Foi um alerta na hora certa, eu acho. Você está passando muitos alertas, e nós precisamos criar vergonha na cara, pra não correr riscos maiores [...] (Sueli).

Esses relatos da entrevista realizada após o encontro indicam que, embora, muitos indivíduos já tivessem conhecimentos prévios sobre a validade dos alimentos, muitos não possuíam a consciência sobre a importância de praticá-los e, assim, a atividade despertou mais a atenção para este fato e observaram-se, inclusive, indícios de mudanças comportamentais. A seguir, encontram-se mais relatos indicando alterações de hábitos:

[...] eu mudei [...] Quando eu ia no supermercado antes eu via só data de validade. Agora eu to vendo mais coisas. Eu to levando os óculos... que eu não levava e to vendo tudo [...] se tem gordura saturada, gordura trans, colesterol. Porque, às vezes, tem algum produto que é o mesmo e é sem colesterol. Então, eu to pegando o que não tem colesterol, entendeu? Então, isso são coisas que eu já mudei e to demorando mais no supermercado. Depois que saiu a trans, ainda eu via. Mas se tinha em alguma coisa que a minha filha gostava, eu acabava comprando. Agora, eu não compro mais. Eu acabo comprando tudo o que você falou (*risos*) [...] No supermercado já mudou e em casa eu já to pensando mais pra formar o cardápio do dia [...] (Cristina).

[...] eu passei a ter mais consciência, a ter mais cuidado na hora de comprar um alimento [...] Eu fui fazer compras e me lembrei de você! (*Risos*). Então, a gente já vê data, validade, qualidade [...] (Sueli).

Além disso, foram discutidos nos encontros sobre a importância da higiene do local de compra dos alimentos, a verificação da procedência dos alimentos e das condições de armazenamento a fim de efetuar a compra de produtos de qualidade:

**Ana:** Eu tenho a impressão que eles desligam o freezer à noite. Porque você vai lá bem cedinho e não tá super congelado (*o alimento*) como estão à tarde.

**P:** Não pode. Não comprem neste mercado.

**Sueli:** Mas todos são assim!

**Seide:** O supermercado que a gente vai, de manhã, tem uma água na geladeira... Eles desligam de noite.

(Vozes).

**Dirceu:** Tem supermercado que desliga à noite.

**Vozes:** A maioria...

**P:** Não pode.

**Dirceu:** É! Eu sei [...] mas se você olhar lá no chão tem líquido e tal.

[...]

**Ana:** A gente conhece a carne porque o frigorífico vai entregar. Porque esses açougues mais de periferia [...] compram o gado de uma fazenda [...] e não passou por uma fiscalização, uma higiene [...].

**P:** [...] a garantia é o carimbo do SIF [...] é importante que vocês verifiquem no local que vocês fazem compras.

(Vozes).

**Sueli:** Vocês viram na televisão abatendo no chão?

[...]

**P:** Quem compra aquela carne que já está moída?

(A maioria discordou).

**Ana:** Eu escolho um pedaço e mando moer duas vezes.

**Virgínia:** Tem um rapaz que sempre quer empurrar pra gente.

**Ana:** Aí, é tudo o que sobrou, de qualquer parte...

**P:** E vai saber de quando e de que jeito...

**Todos:** É...

**Cristina:** E aquele monte de mussarela fatiada... Eu acho que eles fatiam quando já tá pra vencer...

(Vozes).

**Dirceu:** Frango temperado também...

**Ana:** Eu não compro nada temperado.

Durante essas discussões, foram gerados os seguintes relatos que confirmam a importância da verificação desses itens para a compra de produtos de qualidade sanitária e nutricional:

**Sueli:** Uma vez eu comprei um pacote de tâmaras e começou a embolorar antes do vencimento.

**Cristina:** Eu também uma vez fui abrir aquele Nescau Pronto e tava com um cheiro horrível [...].

**P:** Então, por isso eles pedem o número do lote [...] porque pode vir outras reclamações e fica mais fácil pra identificar.

**Cristina:** Daí, eu liguei no SAC, eles me pediram o número do lote e disseram que, às vezes, no lugar do estoque tava calor e acabou acontecendo isso.

Esses diálogos também permitiram que os indivíduos desenvolvessem a consciência de que eles têm a possibilidade de reclamar e exercer os seus direitos como consumidores, junto às indústrias, ao comprarem produtos de má qualidade.

Durante a entrevista, os participantes também manifestaram a consciência de reclamar os seus direitos:

[...] eu liguei pra fábrica em Ribeirão Preto pra reclamar. Eles disseram que iam trocar e no fim não deu em nada. Mas eu reclamo tudo [...] Podem me chamar de chata, mas eu quero os meus direitos. Porque a gente tem direito [...] Então, você não pode ser lesada [...] (Adelina).

[...] mas agora eu não sou mais boba, não! [...] Ela não devia rasgar a nota fiscal! Ela devia dar pra mim [...] (Virgínia).

Na segunda entrevista (vide Quadro 1) realizada com Maria, a respeito do segundo encontro em grupo, a pesquisadora chegou ao domicílio da participante, que aguardava o momento da entrevista com vários rótulos de alimentos que havia comprado. Ela estava com uma lupa e muito interessada em saber o conteúdo de ingredientes e se eram alimentos saudáveis ou não, mesmo tendo a dificuldade com a leitura das minúsculas letras dos rótulos. A aula despertou o seu interesse pela leitura dos rótulos e pela compra de alimentos saudáveis.

[...] Você consegue ler? Você não usa óculos, né? [...] É difícil ler essas letrinhas [...] você sabe que você vai no supermercado e não lê nada... porque também nem enxerga [...] Eu gosto muito desse molho. Mas agora... **Nossa!** Hoje é que eu fui ver com a lupa. Eu falei: “meu Deus! Acho que tem bastante coisa que eu não posso”. É o açúcar... bastante gordura também parece que tem... e o sal também, né? [...] Tá muito bonito o rótulo, a apresentação, mas eu acho que não dá pra ler direito. Tá muito preto. Eles deviam fazer uma coisa diferente. Eu to tentando ler o valor nutricional, mas não dá pra eu ler quase nada [...] Algum dá, mas pouco [...] Eu vou aproveitar que você está aqui e vou pegar mais um rótulo [...] (Maria).

A capacidade de leitura dos rótulos devido ao tamanho das letras foi abordada durante o segundo encontro e os indivíduos mostraram-se indignados com o problema. Ainda mais porque nesta faixa etária ocorre, com muitos indivíduos, a diminuição da acuidade visual e torna-se extremamente relevante saber quais são os ingredientes dos produtos, a fim de fazer melhores escolhas e que não interfiram em problemas de saúde já adquiridos. Portanto, o depoimento anterior também demonstra esta preocupação e a conscientização pela participante.

Nesta entrevista, verificou-se que Maria tinha muitas dúvidas, em relação aos rótulos dos alimentos, e realizou diversas questões para a pesquisadora. Assim, como Maria, em todas as entrevistas o processo de aquisição do conhecimento continuava, pois todos os indivíduos tinham alguma dúvida a esclarecer: “[...] acho que este molho tem bastante coisa que eu não posso [...] é o açúcar [...] gordura [...] e o sal também, né? [...]” (Maria). Neste caso, a pesquisadora reforçou a importância sobre o cuidado com o consumo de produtos industrializados, pois possuem muitos aditivos, como o sal, que é largamente usado para a conservação de alimentos, porém sua ingestão é incompatível para pessoas com hipertensão arterial.

Verificaram-se também na entrevista outros indícios de aquisição de conhecimento sobre a averiguação dos rótulos dos alimentos antes de efetuar a compra:

[...] eu nunca lia... Agora eu to tentando ler mais [...] parece que agora os rótulos têm a obrigação de por todos esses valores, né? Essa parte é que eu notei [...] (Maria).  
 [...] foi muito bom porque eu não tinha essa curiosidade de ver o que é que vai naquilo que a gente está comprando. E, agora, eu estou mais atenta [...] (Virgínia).

Alguns relatos também evidenciaram que os encontros em grupo auxiliaram no processo de reflexão e conscientização dos participantes:

[...] eu antes queria emagrecer e achava que essas sopas iam me ajudar. Mas, não é, né? É ao contrário [...] têm conservantes e muito sal [...] e eu tomo remédio pra pressão e depois como esse negócio salgado [...] (Maria).  
 [...] eu to até com um rótulo aqui que tava alertando que tava perto da data de vencimento [...] Eles fazem promoção porque não querem perder o capital [...] Eu tenho que comprar na quantidade adequada pra não estragar. Porque a confiabilidade é muito pequena [...] (Dirceu).

Durante a segunda entrevista, foi verificado que Cristina estava extremamente motivada para a realização de mudanças comportamentais. Seu depoimento, abaixo, indica alterações, em relação à alimentação, mesmo sem a abordagem do tema três:

[...] no fim de semana, eu fazia macarronada, maionese, carne assada... Agora eu to mudando. Eu to tentando tirar um pouco isso daí. Eu cozinho todos os legumes e verduras (*que seriam para a maionese*). Ponho na mesa. Cada um tira no seu prato e faz. Mas a maionese eu não estou fazendo mais. É a salada [...] Então, eu acho que eu já mudei bem. E eu espero mudar mais ainda e chegar lá! [...] Depende do nosso estímulo. Então, pra mim tá sendo muito bom e eu tava precisando [...] (Cristina).

Embora os encontros fossem compostos por temas sugeridos e selecionados anteriormente pelo grupo, durante o segundo encontro, uma das participantes relatou a necessidade da abordagem sobre como deve ser a alimentação com o aumento dos triglicérides.

**P:** [...] Então, tem o aviso que contém glúten ou que tem a farinha de trigo.

**Sueli:** Eu aproveito pra fazer uma pergunta [...] Meu triglicérides está altíssimo. O resto diz que tá tudo bom. E eu tenho que evitar comer tudo o que se transforma em açúcar. Então, seria farinha, arroz...

**P:** Cereais [...].

**Sueli:** Entra o feijão também?

**P:** Não. O feijão é uma leguminosa e não um cereal.

**Cristina:** Batata [...].

**P:** Batata, mandioca, macarrão, massas em geral, arroz, açúcar, doces [...].

A pesquisadora esclareceu dúvidas e os educandos participaram do diálogo, demonstrando, desta forma, seus conhecimentos prévios sobre o assunto e permitindo a ampliação do conhecimento por todos. Durante a entrevista dois, verificou-se que a participante que solicitou as informações conseguiu adquirir novos conhecimentos e demonstrou indícios de mudanças comportamentais:

[...] eu fui no médico e ele disse que estava alto o meu triglicérides, então, eu dei uma apressada pra saber mais sobre tudo o que se transforma em açúcar. Então, é arroz, trigo, macarrão, mandioca. Fubá eu posso? [...] Eu comia muito bolo, mas por causa do triglicérides, eu tive que evitar [...] Agora eu estou tendo mais cuidado com a alimentação [...] (Sueli).

Assim, o diálogo conduzido no encontro foi fundamental para que Sueli conhecesse mais profundamente seu problema e pudesse aprender a controlá-lo melhor, através de uma alimentação moderada em carboidratos.

De uma forma geral, verificou-se que a maioria dos assuntos abordados neste encontro já era de conhecimento prévio dos educandos, porém, embora muitos soubessem, não eram conscientes sobre a importância da prática correta. Portanto, o encontro permitiu a reflexão e a contextualização com a fase atual dos indivíduos, a fim de se conscientizarem e mudarem seus comportamentos, realizando a escolha e compra de alimentos mais saudáveis, verificando melhor os itens presentes nos rótulos dos produtos e ficarem mais atentos, em relação à confiabilidade dos locais de compra desses alimentos.



### 3.4.3 Tema três: Alimentação saudável

Como a maioria dos participantes relatou significativo interesse por este tema, as discussões perduraram por cinco encontros consecutivos (do terceiro ao sétimo encontros).

Optou-se por realizar duas entrevistas individuais abrangendo este tema, para garantir a qualidade dos relatos, principalmente sobre os conteúdos abordados nos primeiros encontros, devido às falhas de memória. Assim, as entrevistas três e quatro contemplaram este tema (vide Figura 2, p. 65).

Durante as discussões sobre os grupos dos alimentos dentro da Pirâmide Alimentar (PHILIPPI et al., 1999), obtiveram-se alguns relatos que indicaram o processo de construção do conhecimento pelos participantes do curso:

**Ana:** [...] A gente vê que os energéticos, a gente tem que comer um maior número de porções.

**P:** Isso.

**Ana:** Então, quer dizer o seguinte, se são eles que se transformam em açúcar e que mais engordam, por que que a gente tem que comer em maior quantidade?

**Cristina:** Mas se você come muito açúcar você não engorda?

**P:** [...] o açúcar vai se transformar em gordura corporal se o consumo for em excesso [...] Por que os energéticos estão na base da pirâmide?

**Ana:** Mas é porque você queima mais. A gente precisa de mais energia.

Os alimentos ricos em carboidratos, principalmente, o açúcar simples, geraram muitas dúvidas durante os encontros para a sua classificação, pois como o consumo excessivo favorece o depósito de gordura corporal, os participantes tendiam a classificar esses alimentos em gordura e não entendiam porque era necessário comer várias porções ao dia.

Portanto, com as discussões realizadas, os indivíduos compreenderam que este nutriente era muito importante para fornecer energia para o organismo e manter o bom estado nutricional, porém seu consumo deveria ser moderado.

Sueli, que durante os encontros, descobriu que estava com os triglicérides elevados e tinha muitas dúvidas sobre como proceder com a alimentação, tentava, novamente, esclarecer seus problemas:

**Sueli:** Esse grupo eu tenho que retirar. E aí? Como é que eu fico sem energia?

**P:** Pode comer um pouquinho. Mas, não exagerar. Não comer a quantidade que geralmente come.

**Sueli:** Mas pode comer, né? [...] É porque o organismo também precisa.

Assim, após este processo, verificaram-se alguns indícios de aquisição dos conhecimentos sobre estes assuntos:

[...] antes eu fazia bife e ovo [...] e não é pra fazer porque é a mesma proteína [...] é do mesmo grupo [...] (Maria).

[...] agora eu vou nos lugares e fico reparando em tudo, no colorido dos pratos [...] Eu estou terrivelmente magoada, porque eu gosto tanto do leite integral e agora é a pior gordura que tem [...] (Clarice).

[...] você me alertou sobre as coisas que eu devo e não comer por causa dos triglicérides. O que eu devo diminuir. Isso foi muito bom! Porque tem coisas que são saudáveis, mas eu não posso comer [...] As suas aulas foram muito úteis, porque eu tava meio perdida. Tanto que eu fiquei com tontura, porque eu cortei muita coisa de uma hora pra outra. Eu fui muito radical [...] Posso abusar um dia ou outro, mas não no dia-a-dia. Então, é uma questão de hábito. A gente cria o hábito pras coisas ruins e pras coisas boas [...] A gente tem que dosar, comer menos [...] (Sueli).

[...] a base da pirâmide é pão... é tudo o que eu tenho que evitar, porque vira açúcar, né? [...] (Sueli).

[...] tem o grupo dos reguladores, as frutas, os legumes, os carboidratos [...] tem coisas que faz bem pra saúde, mas a gente não pode comer muito [...] A gente tem que comer um de cada item da pirâmide, pra fazer o prato [...] se vai comer batata, não come o arroz [...] (Virgínia).

Ainda sobre a Pirâmide Alimentar, vários participantes demonstraram, durante a entrevista inicial, insatisfação e dificuldades para a aderência quando receberam orientações dietéticas:

[...] eu não sabia direito como funcionava a Pirâmide. O médico falava: “você tem que seguir essa pirâmide”. Eu falava: “tudo bem! Seguir essa pirâmide...” [...] Mas, ninguém explicou do jeito que você falou. O que é que a gente tem que comer mais, o que é que a gente tem que comer menos dentro da Pirâmide, **entende?** [...] Então, agora é que eu tenho mais consciência [...] (Cristina).

Conforme descrito anteriormente por Boog (1999), a maioria dos médicos não possuem conhecimentos específicos sobre nutrição e quando necessitam orientar os pacientes, muitas vezes, não conseguem se expressar da melhor forma e, assim, atingir seus objetivos. Deste modo, os encontros promovidos pela pesquisadora, que tem formação em nutrição e que foram realizados na perspectiva problematizadora, permitiram a desmitificação sobre a Pirâmide Alimentar e de outros temas, favorecendo a aquisição de novos conhecimentos e a adoção das orientações. A seguir, observa-se parte da discussão sobre a Pirâmide Alimentar:

**P:** Quais são as principais refeições que devemos fazer?

**Todos:** café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e o lanche da noite.

**P:** Isso! É importante tentar comer, pelo menos, um alimento de cada grupo, ao menos, no café da manhã, almoço e jantar [...] Por exemplo, no café da manhã, qual pode ser uma fonte de alimento energético, D. Adelina?

**Adelina:** o pão?

**P:** Isso! O pão é do grupo dos energéticos. E do grupo dos reguladores tem algum alimento que podemos comer no café da manhã?

**Adelina:** O queijo?  
(Vozes).

**P:** [...] o queijo é do grupo das proteínas, dos construtores. É do mesmo grupo do leite. Mas, e do grupo dos reguladores?

**Amália:** Uma fruta.

**P:** Isso. Fica faltando uma fruta. E este é um exemplo de café da manhã.

Durante o desenvolvimento do tema alimentação saudável, nos cinco encontros, foi discutido que para se ter uma alimentação saudável não bastava ter conhecimentos sobre grupos de alimentos e nutrientes, como descrito pelo Guia da Pirâmide Alimentar (PHILIPPI et al., 1999), e consumir alimentos saudáveis e imprescindíveis para o bom estado nutricional. Era preciso também conhecer algumas técnicas dietéticas para o preparo e o consumo dos alimentos, como métodos para o cozimento dos alimentos, de modo a ter um bom aproveitamento dos nutrientes presentes e evitar perdas. Assim, a seguir encontram-se algumas discussões em grupo sobre técnicas dietéticas que auxiliam o bom aproveitamento de nutrientes:

**Cristina:** Carolina, a gente faz, por exemplo, uma verdura refogada, ela perde os nutrientes...

**P:** Olha só... se você for consumir uma verdura é melhor crua.

**Clarice:** A vitamina C, por exemplo, vai embora.

**P:** Muitas vitaminas são perdidas na água. Por isso, é importante cozinhar com o mínimo de água. A gente pode até aproveitar a água pra fazer outros alimentos como o arroz, sopas. Mas, o ideal é preparar com pouca água ou no vapor. E não deixar cozinhando por muito tempo.

**Seide:** E os alimentos congelados preservam os nutrientes?

**P:** Sim! Pode congelar os alimentos! Não tem problema! Só não pode esquecer ele lá no congelador por muito tempo!

**Ana:** Os legumes eu esquento rápido e já ponho no gelo.

**P:** Isso! Esse é o processo de branqueamento. Você ferve um pouco de água e coloca os legumes (brócolis, cenoura, couve-flor, mandioquinha) por um ou dois minutos nesta água fervente. Daí, você tira e dá um choque térmico com água com gelo. Depois, você coloca em saquinhos, tenta retirar o máximo de ar de dentro e coloca pra congelar.

**Cristina:** Ah! Eu não sabia! Eu vou fazer!

Embora este tema não fosse novidade para muitos participantes ele é de grande importância e a sua discussão permitiu que aqueles que o desconheciam pudessem aprender:

[...] é pra não colocar muita água pra preparar, pra não tirar os benefícios... a parte nutritiva, né? Das frutas, das verduras... [...] Antes eu preparava com bastante água e jogava tudo fora [...] (Virgínia).

[...] o brócolis, mesmo se era grande ou pequeno, eu já fazia tudo de uma vez e guardava tudo pronto. Agora não! Sábado, eu comprei brócolis e já fiz do jeito que você falou. Se não dá pra comer tudo de uma vez, é pra por na água quente e congelar. Então, tá lá guardadinho. E eu fiz do jeito que vocês falaram. Que eu nunca tinha feito [...] (Cristina).

[...] antes do curso, eu cozinhava as verduras com um monte de água. Aí, eu pegava a peneira e jogava aquela água. Agora eu aprendi que não pode [...] (Adelina).

Verifica-se, portanto, com os relatos acima obtidos na entrevista, o preenchimento de algumas lacunas de conhecimento e indícios de que os indivíduos sempre têm algo para aprender. Embora este assunto sobre técnicas de preparo e conservação dos alimentos não fosse novidade para a maioria, ele não deixa de ser tão importante quanto outros. Superestimar o conhecimento dos participantes sobre determinados tópicos, que aparentemente são básicos para muitos participantes, poderia impedir a possibilidade de aprendizado para alguns que desconheciam.

Além disso, foi verificada não somente a capacidade de aprendizado dos indivíduos, mas também a manifestação de mudanças comportamentais.

Tão importante quanto os conhecimentos adquiridos sobre técnicas dietéticas para melhorar o aproveitamento dos nutrientes, é imprescindível também realizar a combinação entre os alimentos para melhorar a biodisponibilidade<sup>8</sup> de minerais pelo organismo. Segundo COZZOLINO (1997), a combinação entre alimentos ricos em cálcio e ferro deve ser evitada na mesma refeição, pois existe uma competição entre esses minerais para a sua absorção, que prejudica, portanto, o bom aproveitamento de ambos pelo organismo. Este assunto foi discutido durante os encontros:

**P:** [...] a combinação de alimentos ricos em ferro e cálcio deve ser evitada na mesma refeição. Por exemplo, nos horários do almoço e do jantar, que são as duas principais refeições em que comemos alimentos ricos em ferro [...] que são, principalmente, as carnes [...] nós devemos evitar consumir alimentos ricos em cálcio, que são os leites e seus derivados. Por exemplo, o *stroganoff*. Por quê? [...] Porque o cálcio e o ferro precisam do mesmo transportador para serem absorvidos. E, assim, um compete com o outro para a absorção, pois o organismo não possui transportadores suficientes para absorver tudo [...] Então, um acaba atrapalhando a absorção do outro [...].

**Clarice:** Isso é muito interessante! [...] Você pode repetir?

---

<sup>8</sup> “Biodisponibilidade é a fração de qualquer nutriente ingerido que tem o potencial para suprir demandas fisiológicas em tecidos alvos” (COZZOLINO, 1997, p. 89).

Os taninos<sup>9</sup> presentes em alimentos, como por exemplo, o café e o chá preto, também devem ser evitados durante as principais refeições diárias, pois atrapalham a absorção de alguns nutrientes, como o ferro e o cálcio (SILVA e SILVA, 1999). Porém, estudos demonstram que o uso prolongado e contínuo desses alimentos favorece a adaptação do organismo às grandes quantidades ingeridas dessas substâncias, causando a hipertrofia das glândulas salivares, que produzem proteínas que se ligam aos taninos irreversivelmente e, portanto, diminuindo seus efeitos negativos para o organismo (KIM e MILLER, 2005).

Em vários momentos da pesquisa, nas entrevistas e encontros, os participantes manifestaram o interesse sobre combinação dos alimentos nas refeições. Saber sobre combinações positivas e negativas, que deveriam ser evitadas, para obter um melhor aproveitamento dos nutrientes ingeridos.

Assim, durante os encontros em que foi desenvolvido o tema sobre alimentação saudável, foram realizadas várias discussões orientadas pela pesquisadora que esclareceu dúvidas e tentou usar uma linguagem acessível, com poucos termos técnicos, para que fosse compreendida por todos do grupo. Verificaram-se, abaixo, alguns relatos durante o processo de aquisição do conhecimento:

**P:** Será que é bom consumir depois do almoço café ou chá?

**Clarice:** Não! Depois do almoço, logo em seguida, não!

**P:** Existem alguns estudos que falam que eles são digestivos; outros, que eles atrapalham a absorção de nutrientes; e, outros, indicando que pessoas acostumadas a fazer isso sempre são adaptadas.

**Clarice:** Por que?

**P:** As pessoas que tomam chá ou café, frequentemente, sofrem uma adaptação nas glândulas salivares e produzem uma substância capaz de se ligar com as substâncias que são prejudiciais do chá. E, assim, elas não atrapalham a absorção dos alimentos ingeridos na refeição. Mas, quem não toma o chá frequentemente, não possui esta adaptação.

**Clarice:** Eu não sabia disso! É uma novidade! Isso é muito interessante!

**P:** [...] as substâncias prejudiciais são os taninos [...] são substâncias antinutricionais presentes em alguns alimentos, como o chá e o café, que atrapalham a digestão e a absorção de alguns nutrientes [...].

(3º encontro).

Embora algumas pessoas já tivessem certo conhecimento sobre o impacto negativo do consumo de café após as refeições, o diálogo sinaliza que eles não sabiam nem as causas, nem os efeitos. Assim, este assunto gerou muitas dúvidas e por várias vezes os participantes pediram para que a pesquisadora retomasse as discussões sobre o tema para obter novamente as

---

<sup>9</sup> Substâncias antinutricionais que prejudicam a digestão e a absorção de nutrientes (SILVA e SILVA, 1999).

explicações e fixar o novo conhecimento. Nas duas primeiras vezes, os participantes desconheciam o assunto e a pesquisadora explicou. Na terceira vez que o assunto foi questionado, a pesquisadora pediu a colaboração dos participantes para explicar o que tinham entendido:

**Clarice:** O café, a xantina que tem esses produtos aí (*a pesquisadora não falou sobre xantinas e sim taninos*) [...] Quem tá acostumado, o organismo reage de uma maneira. Agora, se você toma esporadicamente o seu café, é isso o que eu entendi, faz mal. O café interfere na absorção de alguns elementos. Agora, se você está acostumado, por exemplo, o japonês, que tá acostumado a tomar o chazinho verde sempre depois das refeições, o organismo já se adaptou, já reage.

**Cristina:** O organismo já está adaptado, então?

Portanto, este relato demonstra o processo de aquisição do conhecimento para alguns participantes, como para Cristina, e a constatação, pela pesquisadora, de conteúdos já adquiridos e sendo reforçados para outros, através da explicação realizada por Clarice aos colegas.

Da mesma forma que a abordagem do tema sobre taninos, presentes no café e no chá, a questão da combinação entre alimentos ricos em cálcio e ferro, também gerou muitas dúvidas por ser um conhecimento novo para todos e que eles consideraram interessante. Assim, os participantes solicitaram mais esclarecimentos:

**Clarice:** Eu fiquei com uma dúvida [...] você estava falando na aula passada sobre o *strogonoff*. É o cálcio que impede a absorção do ferro?

**P:** Eu vou repetir pra todos. Na hora do nutriente ser absorvido, isto é, dele passar do intestino para a corrente sanguínea, a fim de exercer os seus efeitos no organismo, ele necessita de um transportador. O nutriente precisa se ligar a um transportador para passar pra corrente sanguínea. O ferro e o cálcio precisam do mesmo tipo de transportador. Só que não é possível aumentar a quantidade dele conforme a presença dos nutrientes. Então, muitas vezes, acabam sobrando nutrientes e faltando transportador. Por isso, um acaba atrapalhando a absorção do outro e torna-se importante evitar o consumo simultaneamente de alimentos ricos nesses nutrientes.

**Cristina:** Ah!

**Clarice:** Por isso é importante fazer uma refeição longe da outra, assim eles vão absorver melhor.

(4º encontro).

O diálogo demonstra que, muitas vezes, torna-se extremamente importante voltar ao assunto para sanar as dúvidas dos educandos, pois todas essas discussões fazem parte do processo de aprendizado, para que estes aprendam efetivamente.

Durante o desenvolvimento deste tema sobre alimentação saudável foi discutido se as pessoas, em geral, se preocupam em ter uma boa alimentação:

**P:** [...] vocês acham que as pessoas se preocupam em ter uma boa alimentação?

**Ana:** Não.

**Dirceu:** Algumas.

**Ana:** A maioria não.

(Vozes).

**P:** Por quê?

**Dirceu:** Eu acho que é por desconhecimento [...] São vários fatores [...].

**Amália:** Eu acho que as pessoas hoje estão mais conscientes sim. Mas, mesmo assim, ainda relaxam um pouco.

**Clarice:** O nível de cultura também é um outro fator importante. As pessoas não têm tempo de cozinhar...

**Amália:** É! Esse é um problema.

**Clarice:** Elas comem, fazem qualquer coisa.

(Todos concordaram).

Os participantes demonstraram que as pessoas não têm muita preocupação em ter uma alimentação adequada e relataram sobre a questão do tempo despendido para o preparo das refeições. Embora a maioria dos idosos seja composta de aposentados e, aparentemente, teriam maior disponibilidade de tempo para o preparo da sua alimentação, verificou-se, entretanto, que eles têm menor disposição física e psicológica para a tarefa: “[...] a gente come muito e, às vezes, acaba optando pelo mais fácil [...]” (Cristina).

Torna-se importante comentar também que a opção pelo consumo de alimentos de fácil preparo ou alimentos prontos ou industrializados vêm aumentando muito nas sociedades e isto é um fator preocupante, visto que esses tipos de alimentos, geralmente, possuem elevados teores de aditivos, sal e alta densidade energética<sup>10</sup>, como as gorduras e os doces, agravando ainda mais os problemas de saúde dos idosos (DREWNOWSKI e DARMON, 2005; GARCIA, 1997).

Mesmo com tudo isso, as discussões motivaram alguns participantes a mudar; e, embora o processo seja mais demorado, eles se conscientizaram que seria melhor para a sua saúde: “[...] estamos fazendo mais sucos naturais, do que aqueles de pacotinho que é tudo mais fácil [...] Agora a gente tá perdendo um pouquinho mais tempo, mas pelo menos está comendo uma comida mais saudável [...]” (Cristina).

Durante todas as fases da pesquisa Dirceu demonstrou impossibilidade financeira para realizar uma alimentação adequada: “[...] eu acho que eles pensam que diabético é tudo rico... porque é tudo mais caro (*ele se refere à compra de produtos*) [...]”.

---

<sup>10</sup> São alimentos que fornecem grande quantidade de energia por grama de peso (DREWNOWSKI e DARMON, 2005).

Veras (1994) explica que um dos maiores problemas dos idosos brasileiros é o baixo poder aquisitivo e aposentadorias irrisórias que contribuem para a compra de alimentos de custo mais acessíveis e que favorecem a monotonia da alimentação.

Drewnowski e Darmon (2005) realizaram um estudo que indicou que dietas saudáveis, ricas em hortaliças, frutas, carnes magras e grãos integrais, possuem um custo mais elevado que as dietas características do padrão ocidental, ricas em alimentos de alta densidade energética. Os autores afirmam que o acesso limitado a certos produtos pode afetar o estado nutricional dos indivíduos, sendo considerado, inclusive, como fator de risco para a obesidade.

Embora os resultados sobre as características do grupo desta pesquisa indiquem que a maioria dos indivíduos possui rendimentos mensais suficientes para ter um envelhecimento digno, verifica-se que grande parte dos brasileiros (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007) vive com no máximo três salários mínimos e ainda auxilia no sustento de suas famílias. Sendo, portanto, a renda um fator de grande importância para a realização de uma alimentação adequada.

Considerando este fator, diversos órgãos, como o Serviço Social da Indústria, desenvolveram algumas alternativas e sugestões para realizar uma alimentação saudável a baixo custo e que foram discutidas durante os encontros com os participantes desta pesquisa. Porém, Dirceu reforçou suas limitações e concluiu: “[...] tem que se conscientizar e tentar, dentro da realidade, aplicar [...] Porque o problema do aposentado e assalariado no Brasil é que o reajuste do salário não acompanha a inflação. Então, cada dia você está ficando mais pobre [...]” (Dirceu).

Depois de todas as discussões realizadas sobre alimentação saudável, conforme a sistematização presente do terceiro ao sétimo encontros, os participantes discutiram na última reunião sobre o tema, como eles achavam que deveriam ser as suas refeições. A maioria relatou a importância das refeições serem variadas, equilibradas, fracionadas ao longo do dia, coloridas; conterem alimentos de todos os grupos de nutrientes – proteínas, carboidratos, gorduras, vitaminas e minerais –, porém com pouca gordura saturada, frituras e doces, e também expressaram a importância da moderação das quantidades (relatos durante o processo de intervenção):

[...] ela deve ser saudável pra mim, porque existem alimentos que são nutritivos, mas eu não posso comer por causa do triglicérides [...] é saber combinar... até o colorido, variar a comida, equilibrando na dose certa. Não exagerar numa coisa, nem em outra [...] (Sueli).



[...] a alimentação deve ser saudável, contendo porções corretas para cada tipo de alimentos, nos seus devidos grupos, que correspondem aos carboidratos, proteínas, vitaminas, fibras, minerais [...] e nunca esquecer da água [...] (Cristina).  
 [...] a alimentação deve suprir todas as necessidades do corpo [...] (Lúcia).  
 [...] deve ser balanceada, adequada a minha manutenção e recuperação da saúde [...] (Maria).  
 [...] comer de cinco a seis vezes por dia em intervalos regulares [...] evitar ter na despensa alimentos calóricos e pobres em nutrientes saudáveis [...] pois são uma tentação [...] (Clarice).

Porém, existem diversas barreiras para obter êxito nas mudanças comportamentais. A seguir, têm-se alguns relatos de discussões durante o sétimo encontro sobre as dificuldades ou facilidades para realizar uma alimentação adequada:

[...] é fácil desde que se leve a sério, com acompanhamento e orientação de uma nutricionista [...] é só ter boa vontade [...] (Sueli).  
 [...] é difícil seguir, pois temos que nos reeducar na alimentação, principalmente no meu caso, onde se comia em excesso uns alimentos de um tipo e nada de outro. Também é difícil por ter que convencer toda família a mudar e nem todos concordam [...] (Cristina).  
 [...] isto nem sempre é fácil de se seguir, pois muitos dos nossos hábitos já estão arraigados [...] a gente sabe, mas não é fácil seguir [...] (Clarice).  
 [...] é difícil sim [...] (Lúcia).  
 [...] não é fácil [...] a não ser que fique doente [...] (Ana).  
 [...] mais ou menos [...] temos que adquirir mudança de hábitos [...] (Maria).  
 [...] não é difícil seguir. É uma coisa que é pro bem da gente [...] (Adelina).

Para Motta e Boog (1984), o ato de se alimentar é muito mais do que uma necessidade fisiológica do indivíduo. A escolha e os hábitos alimentares, que fazem parte do comportamento alimentar, são influenciados por diversos fatores, entre eles, o conhecimento que as pessoas têm sobre alimentos e nutrição, o conhecimento científico transmitido por especialistas, o conhecimento não-científico - transmitido de geração a geração e que se apresenta como mitos, tabus, crenças e tradições – e o componente afetivo.

Assim, verificou-se nesta pesquisa a presença de relatos sobre todos esses fatores que influenciam no comportamento alimentar. Por mais que os indivíduos saibam ou tenham consciência da importância da realização de uma boa alimentação, muitas vezes, torna-se difícil modificar os hábitos alimentares.

Motta e Boog (1984) concluem que o comportamento alimentar é componente da personalidade dos indivíduos e visa satisfazer não somente às necessidades nutricionais, mas também as necessidades psicológicas, sociais e culturais.

As práticas alimentares adquiridas, ao longo da vida, e que são influenciadas por todos esses fatores são profundamente arraigadas nos indivíduos e trazem em si uma forte carga emocional, muitas vezes, difícil de modificar, sendo a alimentação considerada como um dos maiores prazeres da vida. Deste modo, verificaram-se alguns relatos sobre as dificuldades de mudanças comportamentais que ratificam a influência destes fatores e, principalmente, ao prazer proporcionado pelos alimentos:

[...] é difícil seguir as orientações, mas eu to tentando. Se eu tiver doce em casa, eu vou procurar [...] eu tenho consciência que eu preciso emagrecer [...] eu queria ter mais saúde. Por isso que eu, às vezes, procuro manter um regime [...] (Maria).

[...] eu quase não tomo refrigerante. Mas quando eu vou numa festinha, eu como tudo, minha filha! Se morrer, eu morro de barriga cheia! (risos) [...] eu compreendi, mas, pô! É tudo o que eu gosto! [...] É melhor morrer de barriga cheia, do que morrer de fome! [...] (Sueli).

[...] o dia que a gente vai fazer uma farofa, ela tem que ter sabor. Aí, eu coloco uma tirinha de bacon [...] (Ana).

[...] você tem sempre que ficar atento pra não fazer as coisas por impulso [...] (Clarice).

[...] a gente tá comendo menos e não tá passando fome [...] porque, muitas vezes, é gula [...] (Adelina).

Mesmo com essas dificuldades, cabe aos profissionais da saúde avaliar o componente afetivo deste comportamento alimentar, os hábitos de vida e as funções que os indivíduos desempenham dentro do seu meio cultural, sua organização social, seus valores, aspirações e satisfações, a fim de identificar as necessidades da população-alvo e usar os incentivos mais indicados para auxiliar à mudança comportamental (LINDEN, 2005).

As atividades desenvolvidas nos encontros em grupo foram realizadas de modo a tentar despertar a conscientização dos indivíduos para o que desejavam em relação à sua própria alimentação. Verificou-se, principalmente, nas manifestações dos participantes, a preocupação com a saúde, em ter uma alimentação diversificada, nutritiva e moderada:

[...] que ela supra as minhas necessidades fisiológicas dentro de um padrão considerável sadio [...] (Sueli).

[...] o que eu queria era poder comer de tudo, mas já que isto nem sempre é possível, por não ser saudável, tento ser ponderada em tudo [...] (Clarice).

[...] quero efeitos sobre o organismo na prevenção de doenças [...] (Maria).

Assim, a pesquisadora buscou despertar a conscientização e incentivar às mudanças comportamentais conduzindo os diálogos de forma que os indivíduos compreendessem a

importância dos hábitos saudáveis para a prevenção da saúde ou o controle das doenças crônicas pré-existentes.

Mudanças comportamentais de hábitos alimentares inadequados nem sempre é uma tarefa fácil, como já comentado anteriormente. Argumentos utilizados com os educandos baseados na promoção da saúde e na prevenção de doenças, nem sempre surtem efeito quando as pessoas não têm nenhuma sintomatologia clínica de problemas influenciados pela alimentação. Boog (1997) comenta que, muitas vezes, a educação nutricional é realizada numa situação crítica, na qual o indivíduo é surpreendido por uma doença. Neste momento, a autora relata que as pessoas começam a ter consciência sobre o próprio corpo e passam a ter necessidade de conhecimentos para realizar as mudanças necessárias, de modo a melhorar o estado de saúde. Esses fatos são corroborados por alguns participantes:

[...] eu tenho várias doenças e daqui pra frente a tendência é piorar [...] tenho que fazer um regime e procurar ter uma saúde melhor [...] (Dirceu).

[...] não é fácil mudar a alimentação [...] a não ser que fique doente [...] (Ana).

Durante os encontros em grupo, tentou-se também despertar a conscientização e o favorecimento de mudanças comportamentais instigando os educandos de como podem ser realizadas as mudanças.

**Ana:** Ter uma doença grave. Aí muda!  
(Risos e vozes).

**P:** E não é triste isso daí? A gente esperar chegar num caso extremo desse pra tomar alguma atitude?

(Vozes).

**P:** Se a gente começa a modificar um dia uma coisa, outro dia outra. De repente, aquilo pode se transformar num hábito.

**Clarice:** Um dia uma coisa, outro dia outra.  
(Vozes).

**P:** Não querer mudar radicalmente.

**Clarice:** Quando eu tive hipoglicemia, eu não podia comer açúcar. Então, eu falava que não ia comer, mas no sábado e no domingo sim. Então, dava um desespero e eu acabava comendo mais do que devia.

**Sueli:** É o controle, né?

**Clarice:** Mas, agora, é tanta coisa que a gente sabe que pode evitar. Eu acho que o negócio é esse. “Espera um pouquinho. Deixa eu ver. Eu devo comer ou não?” Então, eu acho que você não pode ser radical, senão você não muda.

**P:** Não muda, né? Muitas pessoas falam: “Hoje é segunda-feira, então, eu vou começar a fazer dieta”. Não adianta, pois você tem que ir transformando aquilo num hábito, devagar. É triste esperar o dia em que aparece um problema. A pessoa, às vezes, até leva um susto num primeiro momento, mas depois ela vê que é uma doença crônica. Ela não vai te matar no dia seguinte.

**Dirceu:** Por isso ela é traiçoeira.

**P:** Por que ela é traiçoeira?

**Dirceu:** Porque ela não dá sintoma.

**P:** Então... e a pessoa vai se acostumando com a doença e vai relaxando com a alimentação [...] Às vezes, é preciso ter uma doença muito grave pra se conscientizar, como, o derrame. Só que, muitas vezes, também, a gente já não pode fazer muita coisa porque as veias estão quase obstruídas...

**Sueli:** A palavra é prevenção.

(Vozes concordando).

Portanto, estes dados reforçam que, infelizmente, muitas pessoas só iniciam o processo de conscientização e de mudanças comportamentais, em relação a alimentação, quando já estão doentes.

Além do curso favorecer a aquisição de conhecimentos, este processo de conscientização sobre os assuntos discutidos cumpriu o objetivo principal da pesquisa que é a promoção de melhores hábitos alimentares e de mudanças comportamentais para a melhoria da saúde:

[...] agora eu tenho mais consciência dessa Pirâmide [...] tem que comer um pouco de cada coisa, mas que é limitado [...] (Cristina).

[...] eu não gostava muito das verduras, mas agora até que eu to gostando de salada verde. Antes eu comprava e estragava na geladeira. Mas agora eu ando comendo [...] eu faço uma saladas... tem dia que eu como só salada. Principalmente na janta [...] É uma questão de hábito [...] O intestino tá funcionando melhor [...] Agora eu estou tentando não misturar os carboidratos, sabe? Pra ver se eu emagreço um pouquinho [...] (Maria).

[...] eu emagreci quase três quilos e seguindo certo, porque antes o exagero era muito [...] Que nem à noite... a gente fazia um lanche, colocava presunto, mussarela, fritava ovo... Agora a gente não faz mais isso. Às vezes, a gente faz uma salada com queijo branco só e põe no pão [...] (Cristina).

[...] você come uma proteína, um carboidrato, as fibras... e não um exagero que nem a gente fazia. De manhã eu comia dois pãezinhos, um copo de leite e mais nada. E ia até duas da tarde [...] eu ficava azul, verde de fome. Aí, quando eu ia comer, eu comia tudo o que tinha direito. Tudo mesmo! [...] Agora eu como um pão só no café da manhã e sem o miolo, pra não engordar [...] já tem mais frutas nos intervalos [...] (Cristina).

[...] eu sempre procurei fazer uma boa alimentação, mas agora eu como menos. Eu ponho menos arroz no prato e tento não misturar as coisas [...] (Adelina).

[...] eu não subi na balança, mas eu tenho notado que eu emagreci. To sentindo pela roupa [...] Eu estou comendo bastante frutas e estou achando muito bom, iogurte também... [...] Estou fazendo o possível de evitar doces [...] (Virgínia).

[...] uma coisa que eu to procurando manear depois que começaram suas aulas é que eu comia várias frutas de uma vez só [...] Depois que eu soube que não faz bem tomar líquidos durante as refeições, eu não fiz mais [...] (Clarice).

Durante o desenvolvimento do tema três, foi aplicado um questionário para classificação dos alimentos em grupos de nutrientes<sup>11</sup> e que estava de acordo com a manifestação das

<sup>11</sup> Conforme citado na p. 68 – sobre os encontros em grupo.

necessidades de conhecimento dos participantes<sup>12</sup>, verificada na entrevista inicial. Assim, antes de iniciar as discussões sobre o tema alimentação saudável, foi entregue aos participantes o questionário citado (vide Anexo D), para que eles tentassem classificar os alimentos individualmente. Após alguns minutos, os questionários foram recolhidos e iniciaram-se as discussões que responderiam as questões. Este assunto foi abordado em vários encontros e, no quinto foi entregue novamente o mesmo questionário, porém em branco, para que os indivíduos tentassem preenchê-lo novamente.

Cabe ressaltar que a realização desta atividade não teve o intuito de medir os conhecimentos dos educandos no assunto antes e após a intervenção educativa. Mas sim de avaliar, de uma forma geral, se estes conseguiram compreender melhor sobre os grupos de alimentos e seus nutrientes principais, a fim de terem condições para optarem por dietas mais saudáveis, equilibradas e variadas em relação aos nutrientes.

Os resultados indicaram melhoria do conhecimento, sobre os grupos de alimentos, para todos, exceto para Adelina e Virgínia, que são as participantes do estudo com mais de 80 anos de idade e para Lúcia, que possui depressão.

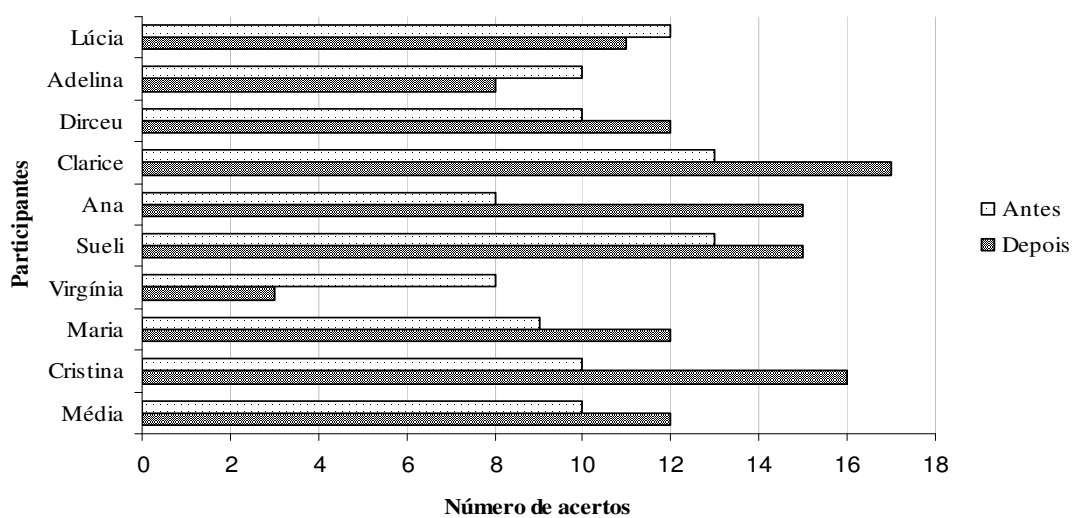


Gráfico 1 – Acertos das questões sobre classificação dos alimentos em grupos de nutrientes antes e após a intervenção educativa. Unati, Araraquara/SP, 2007.

<sup>12</sup> Vide p. 60 – justificativa para os encontros em grupo.

Portanto, estes resultados demonstram que quanto maior a idade, maior a possibilidade de comprometimento na capacidade cognitiva do indivíduo e que fatores psicológicos também podem interferir no processo de aprendizagem. Porém, embora sejam apresentadas estas dificuldades, as atividades educacionais devem ser estimuladas, pois como citado anteriormente por Veras (1997), o exercício de atividades intelectuais são capazes de criar novos circuitos neurais e favorecer o processo de aprendizagem.

Ramos (2007) sugere também que a integração dos idosos em atividades sociais, como estas atividades em grupo realizadas de educação nutricional, causa melhoria de sintomas depressivos. Portanto, conclui-se que, por mais que alguns indivíduos tenham algumas limitações para a aprendizagem, as atividades realizadas extrapolam o objetivo principal do estudo e beneficiam os participantes também em outros parâmetros.

#### **3.4.4 Tema quatro: Alimentos funcionais**

O tema quatro, sobre alimentos funcionais, foi desenvolvido no oitavo encontro em grupo. A princípio, foi explicado aos educandos o que são esses alimentos e qual a sua importância para a saúde. Durante este processo de construção do conhecimento, destacaram-se alguns diálogos:

**P:** [...] os alimentos funcionais podem trazer a cura para as doenças?

**Ana:** Não.

**Dirceu:** Pode estabilizar?

**Cristina:** Acho que pode diminuir alguma coisa.

**P:** [...] esses alimentos não curam as doenças, mas se forem consumidos, regularmente, podem surtir efeito. Por exemplo, diminuir o colesterol se comer alimentos ricos em fibras, que é uma substância funcional. Por exemplo, a aveia [...].

Os participantes manifestaram grande interesse nesse assunto, pois a associação do consumo dos alimentos funcionais com uma alimentação saudável (discutido no tema anterior) pode trazer efeitos benéficos à saúde, na prevenção e controle das doenças, mesmo que não traga a cura.

**Amália:** [...] eu como aveia todo dia e não resolve, mas diminuiu.

**P:** Ela pode não resolver, mas ajudou a diminuir.

**Sueli:** Evitar também comer gorduras, frituras. Comer grelhados [...].

**P:** O consumo de fibras ajuda a reduzir o colesterol, mas será que só isso é suficiente? [...] Não. Temos que fazer como a dona Sueli falou: temos que ter uma alimentação equilibrada associada a isto.

Este diálogo evidencia que os indivíduos têm a consciência sobre a importância do consumo de alimentos funcionais associado à alimentação saudável.

Diante desses alimentos que possuem compostos ativos benéficos à saúde, foi questionada por uma das participantes, durante o encontro em grupo, a ação desses componentes e de vitaminas em cápsulas *versus* nos alimentos *in natura*: “[...] o que é mais absorvido? A vitamina no alimento ou no comprimido? [...] Hoje eu fui ao médico e eu perguntei se precisava tomar alguma vitamina e ele falou: “você que é regrada na comida? Esquece a vitamina!” (Clarice).

Durante os encontros, a importância do consumo de frutas e hortaliças, como fonte de vitaminas, minerais e fibras, foi extremamente conversada. Porém, a realidade indica que a maioria dos idosos no Brasil não tem o hábito de consumo alimentar desses e ingere poucas porções diariamente (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004b; FLORENTINO, 2002). Diante deste fato, a própria participante concluiu: “[...] é muito mais fácil a pessoa tomar um remedinho do que ter que comer várias coisas [...]” (Clarice).

Nesta fase da vida, em que os hábitos alimentares estão arraigados, torna-se difícil a mudança de hábitos inadequados. O idoso, muitas vezes, acredita ser mais fácil ingerir um suplemento vitamínico do que realizar mudanças comportamentais do estilo de vida. Este suplemento acaba sendo mais um dentre os inúmeros medicamentos já utilizados pelo idoso, aumentando os gastos com a saúde.

Os participantes do curso iniciaram a discussão deste encontro com várias dúvidas sobre quais são os alimentos funcionais, os seus compostos ativos e exemplos de alimentos que os contêm.

[...] O açúcar demerara<sup>13</sup> é funcional? [...] (Dirceu).  
[...] A multimistura é funcional? [...] (Clarice).

Mas, com o decorrer das discussões, começaram a ser recuperados os conhecimentos prévios dos educandos, que permitiram as novas discussões e a aquisição de conhecimentos por outros participantes:

**Clarice:** Eu já vi estudos que o brasileiro que comer a soja não faz tão bem quanto o japonês comendo, porque o japonês associa a soja com muito peixe, muita alga. Então, tem muita coisa envolvida aí também [...].

---

<sup>13</sup> Tipo de açúcar semelhante às propriedades nutritivas do açúcar mascavo.

**Ana:** É que nem aquela margarina que custa uma fortuna e que dizem que abaixa o colesterol. Eu não acredito muito nisso [...].

**Clarice:** É que muita gente come a Becel normal pensando que é aquela Pro-Active. E realmente ela não vai ter efeito. Mas, ela (a Pro-Active) tem uma propriedade que eu não me lembro [...] mas ela abaixa. Porque já foi comprovada que ela abaixa.

Na entrevista, tentou-se resgatar também os conhecimentos adquiridos no oitavo encontro. Foi questionado aos educandos o que são os alimentos funcionais e em quais alimentos estão presentes:

[...] os legumes, as verduras, as frutas [...] (Maria).

[...] eles fazem bem pro intestino, pra pele, pra todo o organismo [...] (Ana).

[...] são aqueles que além dos nutrientes, eles têm mais algo que ajudam a regular o organismo. Ômega 3, ômega 6 [...] eu nem sabia que existia tudo isso. Tem também o ácido linolênico [...] (Dirceu).

[...] são alimentos que fazem bem pro organismo e que estão sendo estudados [...] Eles previnem, combatem um monte de coisa [...] Que nem a soja, não é? [...] (Cristina).

Este tema, frequentemente abordado nos meios de comunicação, foi de grande interesse dos participantes. Assim, os indivíduos indicaram conhecimentos prévios sobre muitos alimentos funcionais, porém, muitas vezes, não conseguiram verbalizar o que são e o que contêm. Esta parte mais científica do conteúdo de aprendizado tornou-se mais difícil de assimilação, entretanto, ressaltou-se a importância junto ao grupo de averiguar se eles sabiam, de uma forma geral, em quais alimentos os componentes funcionais, benéficos para a saúde, estão presentes, pois, deste modo, podem colocar o conteúdo na prática diária, consumindo esses alimentos que são fontes dos compostos.

Alguns participantes indicaram falhas de memória, durante a entrevista, para relatar sobre os conteúdos discutidos:

[...] eu falei pra você que eu ando muito esquecida [...] (Maria).

[...] minha cabeça tá péssima [...] (Ana).

[...] eu lembro, mas não sei explicar [...] (Lúcia).

Porém, mesmo não conseguindo explicar cientificamente sobre os assuntos abordados, eles acreditavam que na prática realizavam corretamente: “[...] posso não lembrar nomes agora, mas acho que na prática faço certo [...] to consumindo muito legume, verdura, frutas [...] acho que to me alimentando de forma mais adequada [...]” (Sueli).



Com todas as discussões sobre a importância do consumo de alimentos funcionais, indícios de conscientização e de mudanças comportamentais também foram relatadas na respectiva entrevista:

[...] eu to tentando comer mais arroz integral [...] (Dirceu).  
 [...] aqui em casa a gente não come muito soja [...] Agora a gente vai ter que mudar isso! [...] A farinha de soja eu também vou ver se eu acho pra comprar e por no leite [...] (Cristina).  
 [...] eu to comendo fibra de trigo [...] (Sueli).

Durante o oitavo encontro surgiu novamente o comentário sobre produtos *diet* e *light*, discutidos no segundo encontro, sobre os rótulos dos alimentos. Desta vez, a pesquisadora pediu a participação dos educandos para responderem a questão e, portanto, averiguar a aquisição do conhecimento discutido anteriormente:

**Ana:** [...] e aqueles sucos de soja com pêssigo ... têm o *light* [...]  
 (Vozes).  
**P:** O que é o *light*?  
**Dirceu:** O *light* tem 25% a menos de algum produto.  
**P:** Isso. No mínimo 25%. E o *diet*?  
**Dirceu:** O *diet* é zerado.

Neste penúltimo encontro, uma das participantes deu o seguinte depoimento: “[...] eu acho que esse curso fez com que a gente ficasse mais crítica, observando coisas que, normalmente, você não observa. Por exemplo, ontem eu fui num passeio e, na hora de comer, colocaram a mesa e eu fiquei observando como se come mal [...]” (Clarice).

A capacidade de analisar fatos, tornando-se críticos durante o processo educacional, favorecendo reflexões, a consciência e a motivação para tomar decisões e realizar mudanças comportamentais são alguns dos objetivos e das características da educação problematizadora proposta por Freire (1980; 1988; 2000; 2001).

Freire (1980) complementa que ações preventivas implicam numa transformação no meio ambiente e na mentalidade de toda a população, tornando-se necessário que todos se sintam responsáveis pela preservação da saúde coletiva.

Assim, o depoimento anterior exprime que a atividade de educação nutricional associada à prática problematizadora atingiu seus objetivos, estimulando o pensamento crítico dos

educandos, evidenciando contribuições para que os indivíduos consigam mudar ou controlar suas atitudes para o favorecimento da manutenção da saúde e da qualidade de vida.

### 3.4.5 Tema cinco: Radicais livres

O tema sobre radicais livres foi contemplado na última reunião em grupo. Como dito na justificativa para os encontros, este assunto foi sugerido pela pesquisadora e aprovado pelos participantes. Muitas vezes, os indivíduos não conseguiram verbalizar seus anseios, mas, durante a entrevista referente ao encontro, pode-se verificar que eles se conscientizaram da importância da discussão deste tema nos encontros, pois está muito relacionado com as suas vidas, embora muitos não soubessem ao certo o que era:

[...] pra falar a verdade, eu não sabia sobre os radicais livres [...] (Maria).

[...] porque a gente sempre ouviu falar de radicais livres, mas não tinha uma noção certa [...] E no organismo, como que era, como agia [...] (Cristina).

[...] eu já tinha ouvido falar de radicais livres, mas não sabia bem o que era [...] (Sueli).

Durante o encontro em grupo sobre este tema, os indivíduos puderam esclarecer algumas dúvidas, que geraram novas informações, diálogos e relatos, demonstrando, assim, o processo de construção do conhecimento:

**P:** [...] os radicais livres são moléculas instáveis produzidas pelo organismo durante as reações em que envolvem o oxigênio [...] Nós respiramos e as células precisam de oxigênio [...] porém, neste processo são formados os radicais livres [...] É uma situação normal [...] basta estarmos vivos para estar formando esses radicais [...] Nós precisamos nos alimentar bem para combater esses radicais livres [...] Eles acabam reagindo com as células do nosso corpo e trazendo prejuízos [...].

**Clarice:** Então, os radicais livres acabam atacando as nossas células [...].

**P:** Isso.

**Clarice:** [...] as células saudáveis.

**P:** Isso! Vão atacar as células saudáveis [...] Os radicais livres alteram o código genético e produzem uma multiplicação celular desordenada, levando ao câncer, ao envelhecimento, às doenças pulmonares, catarata, entre outras doenças [...] Os radicais livres são formados ao longo da vida, mas é na faixa etária em que vocês estão que são mais percebidos os efeitos deles. Então, a pele vai envelhecendo, vão aparecendo os problemas de saúde. Tudo em consequência desses radicais livres.

[...]

**Cristina:** [...] por isso que hoje tem os produtos que combatem os radicais livres [...] (se referindo aos cremes pra pele).

**P:** Sim. Agora até os cremes têm flavonóides [...].

[...]

**P:** [...] a vitamina C é antioxidante, mas tem que tomar cuidado, pois ela é instável ao calor.

**Clarice:** A vitamina C não pode esquentar?

**P:** Não. Então, é importante abrir a fruta e já comer.

**Clarice:** Se ficou um tempo também, ela oxida. Você faz o suco de laranja, depois vai tomar só lá que horas [...] a vitamina C vai embora também, né?

**P:** Isso. Tem que ser na hora. Se for fazer um suco de laranja, faz na hora e já toma. Não deixe lá a tarde inteira [...].

A abordagem sobre o licopeno, um antioxidante encontrado, principalmente, no tomate e seus derivados e outros alimentos de cor avermelhada (BIANCHI e ANTUNES, 1999; SALGADO, 2007), foi realizada no oitavo e neste último encontro, pois, além de ser um componente de alimentos funcionais, sua propriedade antioxidante também permite a sua discussão na reunião sobre radicais livres. Sobre este assunto, verificaram-se alguns relatos que manifestam o processo de aquisição do conhecimento por vários participantes:

**P:** No molho de tomate tem mais licopeno do que no tomate cru.

**Clarice:** Por que tem mais no molho?

**P:** Porque ele está mais concentrado.

**Clarice:** Ah!

**P:** [...] tudo o que é vermelho tem licopeno.

Após este questionamento, alguns indivíduos permaneceram sem entender muito bem e Clarice partilhou a experiência do seu conhecimento adquirido com os outros companheiros, comentando novamente o que a pesquisadora acabara de explicar.

Durante os encontros, discutiu-se que existem diversos fatores externos que auxiliam na formação dos radicais livres, como a poluição, a radiação, o fumo, o álcool, os resíduos de pesticidas nos alimentos, dentre outros.

**Cristina:** O pior é que se você tá perto de uma pessoa que fuma, nem que ele não tá fumando, ele exala [...].

**Clarice:** O problema do cigarro é que ele mata devagarinho [...].

Este diálogo permitiu a contextualização sobre o tabagismo como problema social, promovendo a reflexão sobre esta situação, sinalizando os riscos que afetam a saúde tanto a nível individual quanto coletivo.

Dando continuidade ao diálogo acima, obtiveram-se os seguintes relatos:

**Clarice:** O problema do cigarro é que ele mata devagarinho.

**P:** É que nem as doenças crônicas. A gente descobre que tem... [...].

**Dirceu:** Na hora fica apavorado, depois vai acostumando.

Esses relatos evidenciam o agravamento das doenças crônicas na sociedade e o comportamento que os indivíduos, geralmente, têm, em relação a elas, verificado pelo depoimento de Dirceu, que inclusive apresenta diversas destas, como o diabetes e a hipertensão. Ele sabe de suas patologias, tem a consciência sobre as complicações que podem advir e, mesmo com uma infecção no pé, causada pelo diabetes, não se sente motivado para realizar mudanças comportamentais devido a problemas psicossociais e a solidão.

Desta forma, a educação nutricional tem o seu objetivo de favorecer a ampliação dos conhecimentos dos indivíduos, sobre nutrição, de uma forma consciente, para que eles possam atuar com autonomia sobre os seus problemas, auxiliando na prevenção e no controle de doenças, porém cada pessoa tem as suas particularidades e a realização das mudanças também depende da motivação pessoal (MARTINS, 2002).

Os indivíduos demonstraram dificuldades em obter um conhecimento mais científico sobre os processos de oxidação, reações que ocorrem no organismo com a presença de oxigênio e que geram os radicais livres: “[...] é um pouco difícil a gente entender sobre oxidação [...]” (Dirceu). Porém, o assunto foi tão interessante que incentivou a busca de maiores esclarecimentos após o encontro:

[...] sempre estimula a gente estudar, procurar [...] (Dirceu).

[...] eu até andei procurando algumas coisas na internet [...] (Maria).

[...] eu sempre to procurando na internet sobre esse assunto. Eu sempre entro no site da terceira idade [...] e lá fala muito sobre alimentação [...] (Clarice).

Além disso, todas as discussões realizadas, não somente neste encontro, mas também sobre alimentação saudável e alimentos funcionais, que estão relacionados com hábitos alimentares adequados, favoreceram a ocorrência de mudanças comportamentais e que foram verificadas nesta entrevista:

[...] eu não gostava e deixava estragar as verduras aqui em casa. Agora, todo dia eu tenho comido uma salada, uma verdura [...] Tenho procurado comer porque sei que ajuda, né? [...] já faz uns três dias que eu to fazendo a linhaça, com leite desnatado e uma fruta. Você sabe que eu ando me sentindo tão bem [...] Eu coloco a aveia também [...] (Maria).

Os participantes exprimiram, durante o encontro, imensa satisfação na abordagem deste tema, que consideraram ser o mais importante de todos:

**Sueli:** Tudo isso é muito importante.  
(Os outros participantes concordaram).

**Clarice:** [...] o importante é que fique na cabeça da gente tudo isso da Pirâmide, os alimentos antioxidantes, os alimentos funcionais, que está resumido nessas duas partes que você acabou de falar.

**P:** Saber a prática [...].

**Clarice:** Saber a prática, porque agora quando você vai numa mesa você fala: opa! Espera lá! Mas isso a Carolina falou que é bom; isso a gente tem que comer menos [...] Assim, o importante é ficar na cabeça da gente essa parte. Que é um resumo de tudo o que você já falou.

Este conteúdo citado pelos participantes, realmente, foi a finalização sobre os encontros. Os indivíduos, neste momento, perceberam que não recebiam a informação apenas do que deviam ou não comer para terem uma boa saúde, mas também já sabiam as justificativas disso, que foram discutidas ao longo de todos os encontros.

Cabe ressaltar que, embora as discussões nesta reunião tenham sido de extremo interesse pelos participantes, estes não conseguiram verbalizar durante a entrevista inicial, nem em outros momentos da pesquisa, a necessidade da abordagem deste tema. Deste modo, a pesquisadora identificou lacunas de informação dos indivíduos. Porém, durante o encontro, estes entenderam a sua importância:

[...] na realidade, estava faltando mesmo [...] Os radicais livres são muito importantes. A gente precisa tomar consciência que é uma coisa que existe e que precisa fazer alguma coisa pra evitar. Porque os radicais livres vão atacar as células boas e, por meio de uma alimentação boa e balanceada, você pode evitar [...] (Clarice).

O relato de Clarice, a seguir, referido durante o encontro, evidencia a consciência sobre a importância do curso de nutrição e da forma como fora conduzido, indicando que a atividade educativa proposta contribuiu para a ampliação dos conhecimentos sobre nutrição dos indivíduos, para a motivação de mudanças comportamentais e para o autocuidado na preservação de sua saúde:

[...] você precisou ensinar o que era a Pirâmide, o que era alimentos antioxidantes e tudo isso daí (*se referindo em geral sobre o curso*). Porque tudo isso vai parar lá na frente e eu vou falar: não vou fazer isso, porque isso vai me causar tal coisa ou aquilo [...] (Clarice).

Infelizmente, neste dia, muitos participantes não compareceram ao encontro (quatro participantes). Porém, a abordagem do tema desenvolvido mostrou-se extremamente relevante por aqueles que compareceram e que evidenciaram grandes aquisições de conhecimentos:

[...] tem que evitar os radicais livres porque eles são muito reativos [...] Aonde eles se prenderem, ele vai tá envelhecendo [...] Tem que evitar as coisas que produz [...] (Dirceu).  
 [...] deu pra aprender, pelo menos, que eles vêm do organismo mesmo, pela respiração [...] E o próprio organismo combate os radicais livres, mas ele precisa de vitaminas, de uma boa alimentação, que contenha aquilo que você precisa pra combater [...] A vitamina C, E, a A, betacaroteno, licopeno [...] Tem um ácido lá que eu nunca tinha ouvido falar [...] os flavonóides [...] (Cristina).

Todos esses depoimentos indicam o aprendizado e a consciência que os indivíduos adquiriram em relação ao tema, reforçando a sua importância de discussão, principalmente, nesta faixa etária em que se tornam mais visíveis os efeitos dos radicais livres.

### **3.4.6 Resultados de aspectos gerais e finais sobre o curso**

Durante os encontros em grupo foi verificado que alguns indivíduos possuíam mais conhecimentos prévios do que outros. Estes contribuíram muito no decorrer das reuniões para a condução dos diálogos e para o processo de aprendizagem de todos. Mesmo já possuindo tais conhecimentos, as discussões reforçaram as suas informações e permitiram o esclarecimento de dúvidas.

Clarice era uma dessas participantes, contudo, ainda demonstrava consciência sobre a importância das atividades: “[...] o fato de você voltar e falar disso daí, você se policia e fica crítico, sempre olhando [...] vendo também o que os outros fazem [...] É bom a gente rever, porque reaviva a memória [...].” Ela ainda concluiu: “[...] eu acho que de vez em quando a gente precisava ter algo, porque a gente esquece. Agora, tá tudo fresquinho, então, você fica se policiando [...].”

E mesmo já tendo conhecimentos prévios, os encontros também permitiram a ela a ampliação destes: “[...] eu não sabia sobre a absorção de cálcio e ferro [...] sobre a gordura do leite [...] sobre o consumo regular de chá [...]” (Clarice).

Além disso, os participantes também indicaram que o conteúdo apreendido foi socializado extra-classe: “[...] eu fui na casa das minhas irmãs e levei minha pastinha e nós conversamos [...]”

tudo o que eu aprendo eu repasso [...] eu vou conversando com todo mundo, com os meus filhos, com o meu genro que é médico [...]” (Clarice).

Assim, estas atividades de educação nutricional associada a prática problematizadora mostraram-se benéficas para a promoção da saúde de todos, tanto para os menos quanto para os mais esclarecidos no assunto, além de extrapolar os limites da classe, atingindo amigos e parentes.

Clarice demonstrou a consciência sobre a importância da realização destas atividades com grupos de idosos. Ela relatou na entrevista final:

[...] eu acho que levar esse curso pro grupo de terceira idade é muito mais válido do que pra um grupo de jovens. Primeiro, porque o jovem não vê ainda a necessidade de fazer uma boa alimentação, de se privar de uma coisa ou de outra. E segundo, porque o velho passa! Você já viu velho conversar? [...] Velho fofoca **tudo** o que ele ouve! [...] As pessoas estão preocupadas com uma boa alimentação. Mesmo porque, a causa e o efeito é muito rápido no velho. O organismo é muito mais sensível. Então, se ele comer coisa errada, ele sente [...] O velho não tem mais a parte profissional pra conversar, então ele conversa sobre doença, sobre o que ele come, o que ele faz [...] Então, eu acho que um curso desse na terceira idade é muito válido, ele tem muito mais ramificações! [...] (Clarice).

Atividades de educação nutricional indicam ser benéficas com todos os grupos populacionais para a prevenção de doenças e promoção da saúde, conforme descrito anteriormente (MOTTA e BOOG, 1984; LINDEN, 2005). Porém, o relato acima evidencia a concepção e a consciência dos próprios indivíduos sobre isso, corroborando a importância da realização frequente de atividades de educação em saúde, como estas praticadas. Deste modo, os idosos demonstraram a necessidade da abordagem educacional sobre alimentação.

Outros participantes também manifestaram a consciência da importância de discussões sobre a alimentação:

[...] pra mim foi uma coisa muito boa de ter você no nosso caminho explicando e reforçando o que é melhor pra nossa saúde [...] (Lúcia).  
[...] eu acho que devia de ter, de vez em quando, uma palestra ou um curso assim, porque eu acho que a gente tira bom proveito [...] (Virgínia).

Verificou-se que os encontros despertaram a percepção dos indivíduos sobre a qualidade nutricional dos alimentos que são oferecidos fora do domicílio:

**Clarice:** É muito triste. Você vai, por exemplo, num restaurante e você fala: minha nossa! É tudo o que não pode! [...] Você já notou?

(A pesquisadora concorda).

**Sueli:** Você só gosta do que não pode! O negócio é passar longe!

**P:** E por que os restaurantes são assim?

**Clarice:** Eu tenho a impressão que é porque cada um gosta de uma coisa.

**P:** Mas, o que acontece? [...] O restaurante está lá em busca do cliente. E o que o cliente gosta?

**Sueli:** É o olho ali! Você sabe que o que é proibido é gostoso!

**Clarice:** Mas a gente sabe o que pode e o que não pode.

Garcia (1997) realizou um estudo qualitativo com pessoas que se alimentavam fora do domicílio, no centro da cidade de São Paulo. Em tal estudo, ela reforça a influência das mudanças sociais, como tempo para preparo das refeições, distância do trabalho e da casa e a inserção da mulher no mercado de trabalho, dificultando a possibilidade de realizar uma refeição adequada; além das condições financeiras e das influências culturais, como a incorporação de hábitos alimentares norte-americanos, associados aos valores e imagens. Tudo isso favorece o maior consumo alimentos de baixa qualidade sanitária e nutricional, com alta densidade energética e com a presença de gorduras saturadas, como lanches e frituras.

No mesmo trabalho (GARCIA, 1997), muitos comensais também diziam realizar suas refeições em cantos reservados do restaurante para que outros não observassem o que estava comendo.

Além desta situação de observação ocorrer frequentemente, os encontros promovidos no curso desta pesquisa com os idosos, favoreceram as discussões sobre os hábitos alimentares dos indivíduos, como descrito no diálogo anterior e no relato de Clarice: “[...] agora eu vou nos lugares e fico reparando em tudo, no colorido dos pratos [...]”

Garcia (1997) concluiu em seu trabalho que o meio urbano afeta a estrutura da alimentação e provoca uma reorganização de valores e práticas que têm implicações no padrão alimentar. As pressões exercidas pelo meio urbano delineiam novas práticas que vêm sendo incorporadas pelos comensais. Deste modo, alguns desses fatores também foram demonstrados neste estudo.

Conforme informado, anteriormente, sobre o primeiro encontro em grupo (vide p. 66-67), alguns participantes permaneceram mais calados durante a reunião, indicando traços de timidez em expressar suas opiniões, mesmo os membros do grupo já serem conhecidos entre si de outras atividades da Unati. Mas, durante a entrevista, estes resolviam expressar suas opiniões ou tirar dúvidas:



**Maria:** Pra falar a verdade, eu gosto mais de ouvir do que de falar. Porque eu acho que eu aprendo mais. A não ser que seja alguma coisa que eu tenha dúvida... como agora.

**P:** Uma coisa mais pessoal, né? É por isso que nós temos esses momentos aqui na entrevista, que é um momento só nosso. Onde nós podemos conversar sobre alguma dúvida que ficou.

**Maria:** Isso! Porque eu quero aprender!

Consequentemente, a pesquisadora continuava orientando não somente durante os encontros, mas inclusive nas entrevistas individuais.

Além das atividades de educação nutricional cumprirem os objetivos principais desta pesquisa quanto a melhoria de conhecimentos sobre nutrição de um grupo de idosos e de favorecer mudanças comportamentais de hábitos alimentares inadequados para a promoção da saúde e da qualidade de vida, verificaram-se também outros benefícios.

Sobre o contato com outras pessoas durante os encontros em grupo, obtiveram-se alguns relatos:

[...] é muito bom. A gente vai gravando aquilo e ficando instruída [...] (Lúcia).

[...] tem coisas que é ótimo porque, às vezes, você aprende também com as dúvidas dos outros [...] (Maria).

[...] a gente comenta e todo mundo tem outros comentários [...] (Virgínia).

[...] acho importante a troca de experiências [...] (Clarice).

[...] todo mundo deu uma opinião, uma contribuição de coisas que eu nunca tinha ouvido falar [...] (Ana).

[...] estar junto de pessoas existe a troca de idéias, cada um tem uma experiência, uma coisa nova pra ser discutida [...] eu acho muito produtivo [...] (Sueli).

João et al. (2005) fizeram uma metanálise de trabalhos realizados com grupos de idosos. Os resultados indicaram que os participantes vêem o grupo como um lugar de encontros para compartilhar suas experiências e assuntos importantes da vida, para o lazer, para se expressarem, sendo também um local propício para a discussão e resolução de problemas de ordem biológica e social, através da formação de uma rede de solidariedade.

No grupo, os indivíduos têm a oportunidade de desenvolvimento de habilidades pessoais, como a aprendizagem, auto-imagem, auto-estima, autoconfiança, estímulo e motivação para a vida, melhoria no desempenho cognitivo, etc. Os autores (JOÃO et al., 2005) concluem que o apoio social das atividades realizadas em grupo melhora o estado de saúde geral dos participantes. A maior auto-estima e autopercepção, desenvolvidas nos encontros em grupo, são fundamentais ao autocuidado e a todas as medidas que a pessoa possa tomar para melhorar sua saúde e bem-estar no decorrer de suas práticas cotidianas.

Nessa faixa etária, o sentimento de pertencer a um grupo é valioso, dadas as tendências ao afrouxamento dos vínculos sociais e o surgimento da solidão, tão comuns em decorrência da aposentadoria, independência dos filhos, viuvez, perdas afetivas, dentre outros fatores. João et al. (2005) citam que o grupo aparece como um meio favorável de socialização com consequentes trocas afetivas e motivações para buscar novas atividades e realizar velhos projetos.

O estudo de caso exige do pesquisador o uso da sensibilidade para tentar capturar o sentido dos gestos, das expressões não-verbais, dos significados, das mensagens implícitas e explícitas, os valores e os sentimentos nele contido (ANDRÉ, 2005). Assim, verificou-se que além dos encontros promoverem a discussão sobre temas relacionados à alimentação e nutrição, ele também serviu para ajudar algumas pessoas, em relação à motivação, à auto-estima e outros problemas pessoais, como depressão.

[...] Eu tive mais ânimo e isso já foi bom [...] (Lúcia).

[...] Eu estou lá fazendo o curso e parece que eu estou mais animada pra mim comer. Eu comecei a comer na hora certa. No intervalo eu como uma fruta [...] Você está explicando sobre a alimentação da gente... Então, eu percebo que o curso está me fazendo bem [...] (Virgínia).

Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) propõem um modelo para explicar o processo de mudanças comportamentais relacionadas à saúde, chamado Modelo Transteórico. Este modelo sugere que, embora as pessoas percebam que precisam realizar mudanças em seus comportamentos, elas as fazem em estágios, ao invés de realizarem uma mudança considerável e abrupta. Durante esses estágios, a pessoa pensa sobre o problema de comportamento, considera o que fazer e decide quando entrar ou não em ação. Os estágios de mudança representam a dimensão temporal que permite segmentar e entender quando ocorrem mudanças na intenção, na atitude e no comportamento nutricional. No modelo, cada estágio de mudança representa não só um período de tempo, como também um conjunto de tarefas necessárias à movimentação para o próximo estágio.

Resumidamente, há cinco estágios de mudança que podem ser descritos em determinada sequência. No primeiro estágio, pré-contemplação, os indivíduos não apresentam a intenção de modificar o comportamento, e os indivíduos não têm consciência de seus comportamentos inadequados. O segundo estágio, chamado de contemplação, é aquele em que ocorre a identificação do problema de comportamento, e as pessoas começam a considerar uma

possibilidade de mudança, sem terem iniciado a agir nesse sentido. Trata-se de um período de ambivalências, em que são avaliados as barreiras e os benefícios para a mudança. Já o terceiro estágio, o da preparação, é aquele em que são desenvolvidos os planos específicos de ação, e são experimentadas pequenas mudanças de comportamento. O quarto estágio é o da ação, momento em que os planos de mudança são concretizados. Por fim, o último estágio, o da manutenção, é quando as pessoas trabalham para consolidarem a mudança, prevenindo recaídas. As pessoas só estarão no estágio de manutenção quando alterarem o comportamento por um período de tempo maior do que seis meses (PROCHASKA, DiCLEMENTE e NORCROSS, 1992).

O Modelo também compreende diversas estratégias, técnicas e intervenções que auxiliam a compreensão de como as intenções de mudanças comportamentais dos indivíduos ocorrem, permitindo com que estes se movam por meio dos cinco estágios de mudança. Porém, não faz parte dos objetivos deste estudo realizar uma análise sistemática de todos os processos do Modelo Transteorético pelo qual cada um dos indivíduos passa. Assim, foi realizada apenas uma breve análise e classificação dos indivíduos, segundo os estágios propostos pelo Modelo e dentro das premissas da metodologia da pesquisa qualitativa, para melhor compreensão do comportamento dos indivíduos e a sua susceptibilidade às mudanças.

Torna-se difícil classificar algum participante desta pesquisa dentro do estágio de pré-contemplação, pois todos frequentavam as atividades espontaneamente, tinham o interesse em ampliar seus conhecimentos sobre hábitos alimentares saudáveis e sabiam, de uma forma geral, a importância destes para a manutenção da saúde.

Porém, uma das participantes realizava algumas práticas desfavoráveis e, embora tivesse diversos conhecimentos corretos sobre nutrição, era muito resistente às sugestões e mudanças propostas nas discussões dos encontros em grupo: “[...] a minha mãe sempre fez comida com banha e todos nós sempre tivemos boa saúde [...] O meu marido come o arroz, o macarrão e o pão! E ele é magro! [...]” (Ana). Alguns indivíduos têm a percepção que sua alimentação é suficientemente adequada e julgam desnecessário alterá-la (TORAL e SLATER, 2007).

Ana demonstrou pouca aquisição de novos conhecimentos e alterações comportamentais com as atividades desenvolvidas. Entretanto, sua participação foi importante no desenvolvimento dos diálogos nos encontros, para o processo de aprendizagem e conscientização de outros educandos.

Já no estágio contemplativo verificou-se a presença de quatro pessoas, Dirceu, Adelina, Virgínia e Lúcia.

Adelina tinha 78 anos e considerava, de uma forma geral, adequados seus hábitos alimentares. Contudo, as atividades foram válidas até mesmo a ela, pois conseguiu adquirir novas informações e algumas mudanças comportamentais ao longo dos encontros:

[...] eu sempre procurei fazer uma boa alimentação, mas agora eu como menos. Eu ponho menos arroz no prato e tento não misturar as coisas, depois que eu tive aula com você. Mas a alimentação é a mesma coisa [...] eu nunca fui de comer carne gordurosa, sempre comi verdura [...] (Adelina).

Pelo o que declarou na entrevista inicial, sua alimentação, de fato não era tão ruim, porém ela era obesa, evidenciando, no mínimo, uma inadequação das quantidades de alimentos ingeridos. Nesta faixa etária alguns hábitos tornam-se extremamente difíceis de serem modificados, pois estão arraigados. Porém, mesmo que lentamente, Adelina relatou tentativas de modificações.

Virgínia, que também possuía idade mais avançada, além do fator idade, apresentava algumas dificuldades para o seguimento das recomendações sugeridas nos encontros, como depressão e solidão. Ela relatou: “[...] to pensando em fazer os exercícios [...]” (Virgínia).

Esta participante inclusive indicou alguns retrocessos durante o processo de intervenção: “[...] você acha que é melhor deixar o feijão de molho antes de cozinhar? [...] Precisa comer carne todo dia? [...]” (Virgínia). Estes assuntos já haviam sido discutidos nos encontros, porém durante a entrevista ela retomou as questões e a pesquisadora orientou novamente. De alguma forma, os problemas de saúde e psicossociais podem ter interferido na capacidade de aprendizado de Virgínia e, por tudo isso, a classificação desta foi realizada como no estágio contemplativo. Porém, mesmo com todas as suas limitações, Virgínia ainda verbalizou algumas mudanças comportamentais na entrevista final:

[...] eu tomava meu café da manhã e não comia mais nada antes de almoçar. E eu almoço tarde. E eu ia direto. Agora, eu aprendi que a gente tem que comer uma fruta, banana. Então, eu faço um lanche de frutas no intervalo [...] chupo a laranja após o almoço [...] to tentando ver também mais a combinação dos alimentos [...] (Virgínia).

Lúcia também apresentava depressão e os encontros em grupo serviam como uma atividade de lazer, um local para a convivência social e distração de seus problemas pessoais.

Embora tivesse certa consciência sobre a importância de bons hábitos alimentares, seus problemas limitavam-na muito a partir para os estágios de preparação e ação. Às vezes, apresentava indícios de estar na fase pré-contemplativa: “[...] o que eu já fazia, eu não vou mudar [...]” (Lúcia).

Mesmo com suas dificuldades, as atividades desenvolvidas nos encontros conseguiram motivá-la a realizar algumas mudanças: “[...] depois que eu comecei o curso, eu diminuí bastante os meus alimentos [...] Eu gostava de bolacha recheada e comia um pacote. Isso eu já cortei [...] To fazendo o arroz integral porque ele tem um pouco mais de vitaminas [...]” (Lúcia).

Dirceu também foi classificado no estágio de contemplação. Ele reconhece a importância do seguimento de bons hábitos alimentares: “[...] eu vou tentar fazer porque... sei lá... A gente vai ter que começar a pensar em saúde agora [...] Daqui pra frente, largar um pouco a economia de lado e procurar o que é saudável [...] E se a gente não se enquadrar, as coisas vão piorando [...]” (Dirceu).

Porém, suas dificuldades financeiras, por receber uma aposentadoria relatada como insuficiente para optar por alimentos mais saudáveis, a solidão e a depressão pela perda da cunhada o limitavam a partir para o plano da ação, em realizar melhorias nos hábitos alimentares e, com isso, permanecia por um longo tempo na fase contemplativa: “[...] a parte de alimentação tá fogo pra seguir direitinho. Ainda mais agora, que eu perdi a companheira, né? Então, a gente não tem breque [...] a gente sabe muita coisa, mas o problema é aplicar [...] Eu to pra fazer. Eu idealizei, mas não comecei [...]” (Dirceu).

O educando ainda alegou outras barreiras para a realização de uma alimentação adequada, como a necessidade de uma empregada doméstica para a preparação das suas refeições:

[...] não percebi muitas mudanças. Sabe o que é? Quem prepara a alimentação é a empregada. E ela sempre força pro lado do... *(para alimentos não tão saudáveis)*. E ela não é diabética... [...] A minha outra companheira... *(que faleceu)* essa sim! Ela tinha pressão alta e diabetes... Então, ela procurava fazer uma alimentação mais correta. Mas, essa funcionária é mais nova... Então, ela não tem problema de saúde... e ela procura forçar pro que ela gosta [...] (Dirceu).

Durante os encontros e entrevistas foram feitas algumas sugestões para que Dirceu contornasse essas adversidades e pudesse, assim, melhorar sua alimentação. O participante relatou alguns indícios de mudanças: “[...] a alimentação eu to tentando melhorar [...] to comendo arroz integral, soja, frutas [...]” (Dirceu).

Todos esses participantes na fase contemplativa possuíam a consciência da necessidade de alterações do hábito alimentar, porém, enfrentavam diversas barreiras que os impediam de realizar plenamente mudanças comportamentais, como a depressão, solidão e dificuldades financeiras. Esses fatores apresentados são comuns nesta faixa etária, tornando-se importante a compreensão de cada caso e seus determinantes de comportamento alimentar a fim de realizar atividades que tenham impactos positivos não somente dos hábitos alimentares, mas inclusive da qualidade de vida dos sujeitos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; TORAL e SLATER, 2007). Mesmo com a demonstração de dificuldades, os participantes verbalizaram mudanças e aquisição de conhecimentos.

No estágio de preparação estavam Sueli, Maria e Clarice. Sueli descobriu, durante a fase dos encontros promovidos por esta pesquisa, que estava com os triglicérides sanguíneos elevados. Ela ficou assustada, tornou-se um pouco mais consciente sobre o seu estado de saúde e resolveu realizar algumas modificações lentamente.

Antes do processo de intervenção ela comia muitos doces e outros alimentos ricos em carboidratos. Com as discussões, a participante compreendeu que deveria melhorar sua alimentação e diminuir o consumo de certos produtos prejudiciais à sua saúde:

[...] eu to procurando diminuir aquilo que me fazia mal, do meu problema, e aumentar aquilo que faz bem [...] Inclusive até farelo de trigo, que eu nem sabia disso, agora eu to consumindo [...] O intestino tá funcionando muito melhor [...] Então, eu to tendo resultado através da minha alimentação, porque eu não to tomando remédio pra isso [...] Eu até descobri uma maneira de consumir mais verduras, frutas. Eu não fico mais dependendo de mim pra comprar [...] Porque antes eu tinha preguiça, às vezes, pra ir comprar. Agora, eu ligo na quitanda e mando eles entregarem. Então, eu encontrei uma maneira de ter sempre aqui esses alimentos [...] (Sueli).

Para Toral e Slater (2007) o conhecimento contribui para sustentar ou desenvolver novas atitudes; é o componente racional necessário para motivar uma ação desejada, pois para elas: “não há ação que ocorra sem motivação e a motivação não ocorre sem que haja a formação de uma base de experiências prévias, construídas a partir de informações recebidas” (p. 1644).

Embora tenha ocorrido esta conscientização e mudanças, Sueli teve alguns retrocessos: “[...] eu quase não tomo refrigerante, mas quando eu vou numa festinha, eu como tudo, minha filha! Se morrer, eu morro de barriga cheia! (Risos) [...]” (Sueli).

Um fator importante quando se fala em comportamento alimentar é a auto-eficácia dos indivíduos, que corresponde à confiança que este tem em si mesmo em relação à sua habilidade

para realizar escolhas saudáveis em determinadas situações como, por exemplo, optar por frutas, em vez de doces, consumir alimentos quando está fora de casa e comer em quantidades moderadas na presença de amigos (TORAL e SLATER, 2007).

Falta ainda o auto-controle, que está relacionado com a capacidade dos sujeitos assumirem as suas responsabilidades pelo processo de mudança (TORAL e SLATER, 2007).

Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) também relatam que as pessoas, muitas vezes, não se movem na ordem linear dos estágios para a modificações e têm recaídas, retornando a estágios iniciais. Porém, a maioria não retorna para a fase de pré-contemplação. Desta forma, esses indivíduos são fortes candidatos a aprenderem com seus erros e tentarem realizar novas técnicas para serem bem sucedidos numa próxima tentativa.

De acordo com os autores, as pessoas no estágio de preparação são mais receptivas e bem sucedidas às intervenções de educação em saúde (PROCHASKA, DiCLEMENTE e NORCROSS, 1992).

Maria também apresentava diversos problemas de saúde relacionados com a alimentação e os encontros favoreceram a incorporação de novos conhecimentos que justificassem a necessidade de mudanças comportamentais. Para Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) o conhecimento não instiga a mudança, mas funciona como instrumento quando as pessoas desejam mudar e estão motivadas. Por isso, torna-se importante o processo de conscientização. A seguir, Maria relata algumas mudanças comportamentais e a consciência disto:

[...] eu senti que eu tinha que seguir essa alimentação que você falou das verduras de folha [...] eu passei a comer mais verduras. Eu não comia nada antes [...] o intestino melhorou [...] Eu preciso emagrecer [...] e eu tentei maneirar um pouco com os doces. Eu não tendo aqui em casa, eu não como. O negócio é assim. No supermercado, você tem que passar longe de onde tem os doces [...] (Maria).

Porém, o processo de mudança era realizado lentamente devido a algumas barreiras, como a depressão e a solidão, pela perda do cônjuge e por morar sozinha. Por isso, Maria foi classificada no estágio de preparação.

Clarice também demonstrou algumas alterações de forma lenta: “[...] a minha alimentação já era saudável, mas agora eu fico muito mais com os olhos abertos. Por exemplo, quando eu vou nas festas. Aí, eu me controlo mais. Eu procuro os salgadinhos que não são fritos e nem de massa folhada [...]” (Clarice).

Já Cristina mostrava-se extremamente motivada com os encontros. Desde o início, ela estava no estágio de ação. O tema sobre alimentação saudável nem havia sido comentado, mas com os seus conhecimentos prévios, os encontros foram um estímulo para tentar novamente colocar o conteúdo em prática.

[...] Eu comia totalmente errado. Já de manhã, eu comia dois ou três pães, bolo, bolachas. Agora eu to tirando um pouco. Eu exagerava. E agora, de manhã, eu não como mais bolacha recheada. A gente comia de três pacotes de manhã [...] Aí, quando chegava o fim de semana, era um abuso tudo [...] era macarronada, maionese, carne ou frango assado, um arroz à grega, no almoço e no jantar [...] Agora eu não to mais misturando tudo isso [...] Eu cozinho todos os legumes e verduras (que seria para a maionese). Ponho na mesa. Cada um tira no seu prato e faz. Mas a maionese eu não estou fazendo mais. É a salada [...] (Cristina).

Ela realizou diversas alterações no seu comportamento alimentar e sua motivação era tão significativa, que desejava que os benefícios das discussões, realizadas nos encontros, se estendessem à sua família:

[...] porque o meu filho não gosta de comer de manhã fruta... essas coisas. É só pão ou bolo. E tá errado isso! E eu tenho que botar na cabeça dele isso [...] Eu já mudei. Agora, eu quero mudar ele também [...] A gente comia de três pacotes de bolacha recheada de manhã [...] Agora eu não coloco mais na mesa. E dificilmente eles vão lá pegar. Eu evito comprar também. Não to comprando mais essas coisas, não. Porque meu filho já teve colesterol [...] Meu filho tá comendo um pouco mais verduras, legumes... Antes ele não comia nada. Ele não gosta muito, mas em casa ele come um pouco [...] (Cristina).

Ao final dos encontros, Cristina relatou que além de suas próprias mudanças comportamentais houve também na família, promovendo a melhoria da saúde:

[...] meu marido tava com problema na perna e não podia nem caminhar. Agora, o médico já liberou [...] O colesterol e o triglicérides dele estavam cada vez mais altos. Agora, tudo o que é massa, bolo, doces ele tá evitando [...] A minha filha tá chupando laranja depois do almoço. Coisa que jamais pegava uma fruta [...] (Cristina).

Diante de um problema de saúde, algumas pessoas podem realizar mudanças de enfoques, que se desloca das preocupações individuais para a preocupação coletiva. Essas pessoas afirmam sentir o desejo de servir aos demais, de compartilhar suas forças e conhecimento, de não somente utilizarem suas experiências para enriquecer suas vidas, mas também para vivê-las de uma forma que melhore a qualidade de vida daqueles que a cerca, como amigos e família (REMEN, 1993).



Em relação ao estágio de manutenção descrito no Modelo Transteorético (PROCHASKA, DiCLEMENTE e NORCROSS, 1992), nenhum dos indivíduos foi classificado neste, pois seria necessário maior tempo de desenvolvimento dos encontros para esta verificação.

Estas análises possibilitaram a melhor compreensão sobre o comportamento dos indivíduos, suas susceptibilidades às mudanças e auxiliaram no direcionamento de atividades educativas para cada um deles, no seu estágio correspondente, sendo possível, inclusive, a associação destas com a educação problematizadora.

A seguir, identificaram-se alguns relatos sobre o cumprimento das expectativas que os educandos tiveram a respeito do curso e o modo como fora conduzido:

[...] eu acho que você montou um curso de acordo com o que eu queria. Pra mim, foi ótimo! [...] (Cristina).

[...] eu acho que o curso fez com que as pessoas se conscientizassem melhor sobre como seguir. Acho que foi importante a sua maneira de explicar, de conscientizar o grupo, respondendo as perguntas, tirando dúvidas [...] você debateu, ouviu e esclareceu [...] (Sueli).

A aquisição de novos conhecimentos está relacionada às necessidades de cada sujeito, que tende a selecionar o que lhe convém e descartar o que não lhe convém (MORIN, 2005). Portanto, por mais que os temas abordados nos encontros tivessem sido sugeridos ou aprovados em discussão pelos participantes, o estudo sugere que para aqueles que tiveram maior conscientização e motivação para as mudanças, a intervenção educativa mostrou-se mais efetiva.

Assim sendo, a ampliação dos conhecimentos sobre os inúmeros determinantes do comportamento alimentar torna-se uma importante ferramenta para superar o desafio de transformar informações científicas e recomendações dietéticas em mudanças reais das práticas alimentares, que podem e devem ser associadas à educação problematizadora para que consiga atingir melhores resultados.

Toral e Slater (2007) comentam sobre a importância de dois fatores importantes para os programas que visam à mudança de comportamento alimentar. Primeiramente, trata-se do treinamento profissional, para aquisição de habilidades técnicas que motivem os indivíduos no sentido desejado. O segundo fator se trata do uso e conexão de modelos teóricos no planejamento dessas ações, para aumentar a eficiência das intervenções, com a integração de diversas ações, visando beneficiar de forma efetiva o maior número possível de indivíduos.

A identificação e compreensão dos indivíduos nos diferentes estágios de mudança comportamental possibilitam a formulação e aplicação de atividades de educação nutricional específicas às necessidades da população, a fim de promover maior estímulo e motivação aos educandos para as alterações de práticas alimentares inadequadas.

Cabe ressaltar que o Modelo Transteorético possui algumas limitações quando aplicado em relação a comportamento alimentar, pois a teoria foi elaborada frente ao problema do tabagismo, que envolve o consumo de apenas um item, o cigarro, e seu tratamento determina o abandono do vício. Contudo, as intervenções nutricionais não podem eliminar a prática alimentar e sim adaptá-las para que sejam mais saudáveis e adequadas para os indivíduos.

O fato do grupo ter semelhanças e afinidades, pela faixa etária, tornou oportuna a abordagem da nutrição relacionada ao processo de envelhecimento que foi de interesse desta população, pois os indivíduos buscavam informações, adquirir novos conhecimentos e contextualizar idéias, com o intuito de compreender o binômio nutrição e terceira idade e se tornarem mais influentes sobre o controle destas relações em suas vidas.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ser a nutrição um fator muito importante para a qualidade de vida desta população, verificou-se a necessidade que os participantes tinham de discutir sobre os temas relacionados à sua vida, às suas necessidades, a fim de esclarecer dúvidas e incorporar conhecimentos.

Constatou-se que embora todos os indivíduos da presente pesquisa possuíssem algum tipo de doença crônica associada à nutrição, como diabetes, osteoporose, obesidade, dislipidemias e hipertensão arterial, a maioria deles não relatou a necessidade de obter maiores informações sobre as determinadas patologias e sim, de uma forma geral, desejava saber sobre as influências da nutrição no processo de envelhecimento e como ter uma alimentação saudável, com o objetivo de poder controlar melhor suas vidas e preservar a saúde.

A liberdade de planejamento das atividades e a discussão dos assuntos, nos encontros em grupo entre educador e educando, previstas na teoria problematizadora de Paulo Freire, permitiram a abordagem de temas relevantes, sendo que alguns foram sugeridos pelos próprios participantes e, portanto, de seus interesses. Além disso, foi possível a identificação de lacunas de informação dos indivíduos, em relação a temas que eram muito importantes para a vida dos idosos, como os alimentos funcionais e antioxidantes, e que possibilitaram significativa ampliação de conhecimentos para os educandos.

Se não houvesse a relação dialógica, tais lacunas não seriam preenchidas, situação observada e relatada inclusive pelos participantes da pesquisa, que elogiaram o método e disseram estar mais preparados e conscientes para fazer melhores escolhas alimentares.

Desta forma, tanto os temas sugeridos pelos educandos quanto os propostos pela pesquisadora e aprovados por eles refletiram sua importância de discussão, as necessidades de conhecimentos dos indivíduos e ofereceram grande ampliação de conhecimentos em que foram apresentadas as justificativas para mudanças comportamentais de relevância nesta faixa etária. Muitos se conscientizaram e obtiveram algumas alterações comportamentais que culminaram na necessidade inicial e principal dos educandos: a alimentação como significado de saúde e de melhoria da qualidade de vida.

Para Freire (2000), a abordagem dos temas de forma dinâmica pode re-orientar os indivíduos com o intuito de estimular seu pensamento crítico. Durante o processo de educação,

são criadas possibilidades de escolha e decisão das pessoas, indicando que a prática libertadora tem a grande preocupação em formar seres de responsabilidade.

Os participantes tinham a concepção que os encontros aconteceriam de forma passiva, que iriam receber os “depósitos” das informações divulgadas, como palestra, e se surpreenderam com a nova metodologia, com a necessidade de sua participação ativa no processo, onde eles puderam expressar seus conhecimentos prévios, opiniões, compartilhar experiências e, desta maneira, favorecer a ampliação de novos conhecimentos para todos, de acordo com as suas necessidades, cultura e possibilidades financeiras.

Assim, a educação problematizadora mostrou-se como um instrumento possível e oportuno ao trabalho com este grupo de idosos, que evidenciou transformações tangíveis em seus comportamentos alimentares, através da justificativa da importância dos temas discutidos, da mudança de concepção e da conscientização para a melhoria da qualidade de vida.

Os resultados indicaram que estas atividades de educação nutricional associadas à educação problematizadora foram importantes para a ampliação dos conhecimentos sobre nutrição para este grupo de idosos e que culminassem na mudança de comportamento alimentar inadequado, através do processo de conscientização, em relação à própria saúde. Os indivíduos precisaram compreender, ter informações e justificativas para as mudanças necessárias, para se conscientizarem da importância de fazer alterações.

Todos os encontros, realizados através da educação problematizadora, e as análises dos resultados mostraram indícios de aprendizado pelos participantes, sinalizando que o trabalho contribuiu para a construção de conhecimentos, para o desenvolvimento da consciência sobre a importância da alimentação adequada nesta faixa etária, bem como a melhoria do comportamento alimentar, favorecendo, assim, a manutenção e a promoção da saúde ou o controle de doenças pré-existentes. Além disso, os encontros foram um estímulo para o convívio social, podendo diminuir a incidência e os agravos à saúde que possam advir de causas psicossociais, como a perda de parentes, a solidão e a depressão, muito comuns na velhice.

Alguns indivíduos mostraram-se mais resistentes e menos receptivos aos novos conhecimentos discutidos nos encontros, mas, em geral, todos manifestaram alguma contribuição e alterações de hábitos para a melhoria da saúde.

A pesquisa qualitativa foi fundamental para a compreensão do comportamento dos indivíduos, suas disposições para realizar mudanças, quais foram suas atitudes e verificação de

resultados imensuráveis, mudanças comportamentais, valores e crenças dos indivíduos em relação à alimentação. Desta forma, a pesquisa qualitativa mostrou-se como um importante instrumento neste estudo e que deve ser complementado com dados estatísticos para se poder entender amplamente os fenômenos ocorridos com as populações na área da saúde.

Apesar de reconhecer que os idosos que frequentam a Unati são aqueles que estão desempenhando suas atividades cotidianas de modo autônomo e independente, portanto, idosos saudáveis para a faixa etária – não representando, assim, o universo de idosos hospitalizados – é importante enfatizar que a maioria desta população no país está com a sua saúde preservada. É para eles que as políticas de manutenção da saúde devem estar voltadas, como forma de prevenir o surgimento de problemas e a, conseqüente, perda da qualidade de vida.

Desta forma, esta pesquisa e o programa educativo elaborado durante o seu percurso podem contribuir para orientar novas atividades de nutrição com grupos de idosos, sendo uma alternativa dentro das políticas públicas para a promoção da saúde.

Fica, portanto, evidente a contribuição da educação nutricional para as mudanças de concepção e comportamento dos indivíduos frente aos hábitos alimentares, para melhorar a qualidade de vida, independente das condições socioeconômicas e culturais destes.

O trabalho de educação nutricional visando à habilitação do sujeito à autonomia, diante de suas opções alimentares, despertou para a participação, a co-responsabilidade pela saúde individual e coletiva, influenciando a melhoria da saúde e da qualidade de vida, comprovando a necessidade frequente da abordagem do tema nutrição com os indivíduos.

Para Freire et al. (1980), ações preventivas realmente implicam numa transformação no meio ambiente e na mentalidade de toda a população, tornando-se necessário que todos se sintam responsáveis pela preservação da saúde coletiva. Dessa forma, as políticas de saúde devem pressupor a motivação, a mobilização e a aquisição pela população de conhecimentos e instrumentos necessários para que ela assuma a saúde como sua tarefa e responsabilidade permanentes.

Porém, os órgãos governamentais precisam melhorar muito o sistema de atenção e prevenção da saúde do idoso no país e fazer com que as políticas públicas existentes sejam cumpridas efetivamente, promovendo a saúde e a recuperação destes devido às complicações de longa duração causadas pelas doenças crônicas.

Para pesquisadores da área de nutrição, se faz necessário compreender e entender as relações que os sujeitos têm com os alimentos e nos quais predomina uma lógica propiciada pelas formas de economia, convivência e de socialização, estas conservadas ou bem com diferenças através dos tempos, denotando a importância significativa dos alimentos nas estruturas sociais para a funcionalidade delas. Como sugestão, torna-se importante a realização de estudos qualitativos que revisassem as percepções dos sujeitos e dos próprios pesquisadores nos estudos sobre a história dos hábitos alimentares, avaliassem as dimensões simbólicas e culturais das questões alimentares, a transmissão de costumes de uma geração para outra, os gostos, o conservadorismo alimentar, a exploração de recursos disponíveis, a relação entre o custo dos alimentos influenciando a seleção de alimentos e as adaptações necessárias dos indivíduos ao meio ambiente.

Ações educativas de alimentação não devem se limitar a comunicar informações ou a elevação de conhecimentos sobre alimentação e nutrição, mas sim auxiliar no processo de conscientização para que os indivíduos possam fazer suas próprias análises e, dessa forma, favorecer as mudanças de comportamento e adoção de atitudes e práticas alimentares adequadas. É fundamental que a população tenha a informação necessária e verdadeira para sentar as bases de uma cultura alimentar que lhe permita selecionar, preparar e consumir alimentos de acordo com suas necessidades nutricionais, suas situações individuais e com consciência de sua relação com a saúde, proporcionando-lhe satisfação, prazer e bem-estar.

Mesmo com a ampliação das discussões sobre alimentação e nutrição promovidas pelos meios de comunicação em geral, facilitando o acesso às informações para a população, a função de nutricionista nunca deixará de existir, pois as pessoas possuem muitas dúvidas se as notícias são realmente verdadeiras e mesmo tendo acesso a estas, os fatores que afetam o comportamento alimentar são extremamente importantes de serem compreendidos, pois, muitas vezes, prejudicam a motivação às mudanças de atitudes para os indivíduos terem hábitos alimentares adequados.

Daí a importância do nutricionista, como ferramenta para a ampliação dos conhecimentos, em esclarecer as dúvidas, informar, educar e, principalmente, conscientizar as pessoas para as mudanças comportamentais necessárias.

Se no âmbito acadêmico a educação nutricional ainda é questionada pelas suas dificuldades e limitações no êxito de suas atividades, isto se deve não somente a barreira dos

indivíduos em realizar mudanças comportamentais, mas também dos próprios profissionais da saúde, inclusive por muitos nutricionistas, que possuem formação deficiente na área humanística e têm a concepção que a educação nutricional seja, apenas, uma transferência de conhecimentos de maneira gentil.

Desta forma, aos nutricionistas que desejam atuar na área de educação nutricional cabe realizar uma especialização, estudar profundamente as relações entre as ciências biológicas e humanas, principalmente a pedagogia e a psicologia, a fim de compreender melhor os fatores que influenciam o comportamento alimentar dos indivíduos e, assim, terem subsídios para desempenhar suas funções com maior êxito.

Para modificar hábitos alimentares e estilo de vida, não basta o conhecimento das informações de forma isolada, é preciso situá-las em um contexto, para que tenha sentido, para que o sujeito encontre razões consistentes para mudança (MORIN, 2005). Pressionar os indivíduos às mudanças comportamentais, sem que lhes façam entender a perceber uma identidade mais verdadeira e reconhecer como enganosas as práticas inadequadas que prejudicam as suas saúde, é inútil. Nestes casos, cabe aos profissionais da saúde favorecer neste processo de reconhecimento do problema e da motivação às mudanças.

O educador deve representar o canal para a conquista da autonomia dos sujeitos, a fim de que, tendo em mãos os conhecimentos em relação à doença, possam se sentir seguros e perceberem a importância e a necessidade de algumas mudanças em sua rotina. No entanto, é importante ressaltar que a abertura a essas mudanças só pode ocorrer a partir do indivíduo e não do profissional. O profissional de saúde deve ser o instrumento para a educação dos sujeitos, para sua autonomia e melhor qualidade de vida e não condená-los a tratamentos restritivos, que negam toda uma história de vida. E, ainda assim, embora o nutricionista tenha recursos pessoais e profissionais para auxiliar os indivíduos em uma determinada situação, ele é humano e tem suas limitações. Ele não pode ser considerado mais responsável pelo indivíduo do que ele mesmo (MARTINS, 2002).

Por tudo isso, educação nutricional mostra-se com um grande desafio para os profissionais da saúde, primeiro porque se torna necessário uma mudança de concepção de como possa ser desenvolvida para se obter resultados positivos e, segundo, pois é preciso considerar o indivíduo como um todo e oferecer possibilidades de práticas saudáveis ponderando suas

diferenças culturais, socioeconômicas, o gênero, a idade e os seus problemas de saúde e psicossociais.



## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Universidade de Brasília. **Rotulagem nutricional obrigatória**: manual de orientação aos consumidores. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 17 p.

ARGIMON, I. I. L.; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 64-72, jan./fev. 2005.

ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liber Livro, 2005. 68 p.

ASSIS, M. A. A.; NAHAS, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 5-19, jan./abr. 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 226 p.

BELLONI, I.; MAGALHÃES, H.; SOUSA, L.C. **Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

BEZERRA, A. F. B.; ESPÍRITO SANTO, A. C. G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 809-815, 2005.

BIANCHI, M. L. P.; ANTUNES, L. M. G. Radicais livres e os principais antioxidantes da dieta. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 123-130, maio/ago. 1999.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto, 1994. 336 p.

BOOG, M. C. F. **Educação nutricional em serviços públicos de saúde**: em busca de espaço para ação efetiva. 1996. 298 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

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

BOOG, M. C. F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 139-147, 1999.

BRASIL. Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p8842\\_pn\\_idoso.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p8842_pn_idoso.pdf)>. Acesso em: 14 fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 540, de 27 de outubro de 1997. Aditivos alimentares - definições, classificação e emprego. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 out. 1997. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=88&word=>>>. Acesso em: 15 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 299 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Saúde do idoso. Brasília, 2004a. Disponível em: <[http://www.unati.uerj.br/doc\\_gov/destaque/construAgenda.doc](http://www.unati.uerj.br/doc_gov/destaque/construAgenda.doc)>. Acesso em: 10 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Documento da oficina de trabalho: Mapeamento dos problemas e definições de ações educativas relativas à saúde do idoso**. Rio de Janeiro/RJ - 17 e 18/05/2004b. 19 p. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 23 maio 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 70 p. (Série E: Legislação de Saúde.)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 192 p. (Série A, Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006c. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 60 p. (Série B, Textos Básicos de Saúde, v. 7).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 210 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores e dados básicos para a saúde – IDB 2007a**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2006**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 92 p.

CACHIONI, M. Envelhecimento bem-sucedido e participação numa Universidade para a Terceira Idade: A experiência dos alunos da Universidade São Francisco. Campinas, SP, 1998. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. 104 p.

CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 13, n. 3, p. 157-165, set./dez. 2000.

CERVATO, A. M. **Intervenção nutricional educativa**: promovendo a saúde de adultos e idosos em Universidades Abertas à Terceira Idade. 1999. 159 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

CERVATO, A. M.; DERNTL, A. M.; LATORRE, M. R. D. O.; MARUCCI, M. F. N. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 41-52, jan./fev. 2005.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 164p.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Perfil da atuação profissional do nutricionista no Brasil**. Brasília, DF. 2006. 88 p.

COZZOLINO, S. M. F. Biodisponibilidade de minerais. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 10, n. 2, p. 87-98, jul.-dez. 1997.

DREWNOWSKI, A.; DARMON, N. Food choices and diet costs: an economic analysis. **J. Nutr.**, n. 135, p. 900-904, 2005.

DUTRA-DE-OLIVEIRA, J. E.; MARCHINI, J. S. **Ciências nutricionais**. São Paulo: Sarvier, 1998. 403 p.

FIGUEIREDO, M. L. F.; TYRREL, M. A. R.; CARVALHO, C. M. R. G.; LUZ, M. H. B. A.; AMORIM, F. C. M.; LOIOLA, N. L. A. As diferenças de gênero na velhice. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 422-427. jul./ago. 2007.

FISBERG, R. M.; VILLAR, B. S.; COLUCCI, A. C. A.; PHILIPPI, S. T. Alimentação equilibrada na promoção da saúde. In: CUPPARI, L. **Guia de nutrição: nutrição clínica do adulto**. Barueri: Manole, 2002. p. 47-54.

FLORENTINO, A. M. Influência dos fatores econômicos, sociais e psicológicos no estado nutricional do idoso. In: FRANK, A. A.; SOARES, E. A. **Nutrição no envelhecer**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 3-11.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. **Guia metodológico de comunicação social em nutrição**. (Versão em português). Roma: FAO, 1999. Disponível em: <<http://fao.org/docrep/003/T0807P/T0807P00.HTM>>. Acesso em: 26 fev. 2008.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980. 102 p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 20. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001. 165 p.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: UNESP, 2000. 134 p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 18. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. 184 p.

FREIRE, P.; OLIVEIRA, R. D.; OLIVEIRA, M. D.; CECCON, C. **Vivendo e aprendendo**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1980. 128 p.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. Estatísticas Vitais do Estado de São Paulo. **SP Demográfico**, ano 4, n. 5, 2003. Disponível em: < <http://www.seade.gov.br/>>. Acesso em: 16 nov. 2006.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. Secretaria de Economia e Planejamento. Disponível em: < <http://www.seade.gov.br/>>. Acesso em: 13 jan. 2009.

GARCIA, R. W. D. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 455-467, jul./set. 1997.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 24, supl. 1, p. 3-6, 2002.

GIACOMIN, K. C.; PEIXOTO, S. V.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1260-1270, jun. 2008.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 61-78, jan./abr. 2002.

GUERRA, H. L.; VIDIGAL, P. G.; LIMA-COSTA, M. F. Biomedical factors associated with hospitalization of older adults: The Bambuí health and aging study (BHAS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 829-838, maio/jun. 2003.

HARRIS, N. G. Nutrição no envelhecimento. In: MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002. p. 276-293.

HONIGMANN, J. J. **Culture and personality**. New York: Harper and Brothers, 1954. p. 108-138.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais.

**Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000.** Rio de Janeiro, 2002. 97 p. (Série Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 9).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050:** Revisão 2004. Rio de Janeiro, 2004a. 84 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Ministério da Saúde. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003:** análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro, 2004b. 76 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Acesso e utilização de serviços de saúde:** 2003. Rio de Janeiro, 2005. 169 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira – 2007. Rio de Janeiro, 2007. 252 p. (Série Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 21).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Populações e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050:** Revisão 2008. Disponível em: < [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2008/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.shtm)>. Acesso em: 13 jan. 2009.

INSTITUTO DA PASTORAL DA JUVENTUDE – LESTE II. Recriando experiências: técnicas e dinâmicas para grupos. São Paulo: Paulus, 2004. p. 13-14.

JOÃO, A. F.; SAMPAIO, A. A. Z.; SANTIAGO, E. A.; CARDOSO, R. C.; DIAS, R. C. Atividades em grupo: alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento. **Textos sobre Envelhecimento (UERJ)**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 397-410, 2005.

KIM, H. S.; MILLER, D. D. Proline-rich proteins moderate the inhibitory effect of tea on iron absorption in rats. **J. Nutr.**, n. 135, p. 532–537, 2005.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento**: o projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 255 p.

LIMA, K. A. **Análise do processo de construção do conhecimento dietoterápico de pacientes diabéticos atendidos no programa saúde da família do município de Araras-SP**. 2004. 266 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araraquara, 2004.

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

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

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

MANÇO, A. M. **O indivíduo hipertenso e a educação nutricional**: relações possíveis. 2005. 147 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araraquara, 2005.

MARTINS, C. Aconselhamento nutricional. In: CUPPARI, L. **Guia de nutrição**: nutrição clínica do adulto. Barueri: Manole, 2002. p. 111-127.

MARUCCI, M. F. N.; BARBOSA, A. R. Estado nutricional e capacidade física. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento**: o projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 93-117.

MINAYO, M. C. S. Quantitativo e qualitativo em indicadores de saúde: revendo conceitos. In: LIMA-COSTA, M. F.; SOUZA, R. P. **Qualidade de vida**: compromisso histórico da epidemiologia. Belo Horizonte: Coopmed/Abrasco, 1994. p. 25-33.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 80 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000. 269 p.

MORIGUTI, J. C.; IUCIF JR, N.; FERRIOLI, E. Nutrição do idoso. In: DUTRA-DE-OLIVEIRA, J. E.; MARCHINI, J. S. **Ciências nutricionais.** São Paulo: Sarvier, 1998. p. 239-251.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** 10. ed. São Paulo: Cortez, 2005. 118 p.

MOTTA, D. G.; BOOG, M. C. F. **Educação nutricional.** São Paulo: IBRASA, 1984. 162 p.

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.

NUTBEAM, D.; SMITH, C.; CALFORD, J. Evaluation in health education: a review of progress, possibilities and problems. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion: an anthology.** Washington, DC, 1996. p. 165-176.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Carta de Ottawa:** Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=15>>. Acesso em 22 nov. 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade:** estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde. Brasília, 2003a. 60 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Representação Brasil. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. **Municípios e comunidades saudáveis:** guia dos prefeitos para promover qualidade de vida. W.K. Kellogg Foundation, Brasília, 2003b. 69 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Dieta, nutrición y prevención de enfermedades no-transmisibles.** Ginebra, 1990. (OMS – Serie de informes técnicos, 797).

PALMEIRA, M. J.; LECHNER, F. As mutações sociais e as políticas públicas. Disponível em: <[http://www.cedeca.org.br/PDF/mutacoes\\_maria\\_palmeira.pdf](http://www.cedeca.org.br/PDF/mutacoes_maria_palmeira.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2006.



PEREIRA, F. A. I. **Estudo comparativo entre métodos de orientação nutricional para idosos**. 2000. 112 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

PHILIPPI, S. T.; LATTERZA, A. R.; CRUZ, A. T. R.; RIBEIRO, L. C. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 65-80, jan./abr. 1999.

PINTO, A. V. **Sete lições sobre educação de adultos**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2000. 118 p.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. **Am. Psychol.**, v. 47, n. 9, p. 1102-1114, 1992.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. Indicadores do Desenvolvimento Humano. In: \_\_\_\_\_. **A água para lá da escassez: poder, pobreza e a crise mundial da água**. New York, 2006. p. 283-392. (Relatório do Desenvolvimento Humano 2006).

RAMOS, L. R.; PERRACINI, M.; ROSA, T. E.; KALACHE, A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. **J. Cross-Cultural Gerontol.**, n. 8, p. 313-323, 1993.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, maio/jun. 2003.

RAMOS, M. Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. **Rev. Depart. Psicol.** - UFF, v. 19 - n. 2, p. 397-410, jul./dez. 2007.

REMEN, N. **O paciente como ser humano**. 2. ed. São Paulo: Summus, 1993. 221 p.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 708 p.

RUA, M. G. As políticas públicas e a juventude dos anos 90. In: CNPD - Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. (Org.). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: 1998, v. 2, p. 731-752.

SALGADO, J. M. Alimentos funcionais. Sociedade Brasileira de Alimentos Funcionais. Disponível em: <[http://www.sbaaf.org.br/sbaaf/\\_alimentos/200506\\_Alimentos\\_Funcionais.htm](http://www.sbaaf.org.br/sbaaf/_alimentos/200506_Alimentos_Funcionais.htm)>. Acesso em: 15 out. 2007.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA. Departamento Regional de São Paulo. Diretoria de Alimentação. **Alimente-se Bem**. 11. ed. São Paulo, 2006. 106 p.

SILVA, M. R.; SILVA, M. A. A. P. Aspectos nutricionais de fitatos e taninos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 5-19, jan./abr. 1999.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1988. 107 p.

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteorético no comportamento alimentar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1641-1650, 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. p. 166-175.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UNITED NATIONS (2001). **World population prospects**. The 2000 revision.

UNITED NATIONS. Report of the second World Assembly on Ageing. Madrid, 8-12 April 2002. (A/CONF. 197/9).

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 7-14, 1999.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, 1994. 224 p.

VERAS, R. P. **Terceira idade**: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnATI/UERJ, 1997. 192 p.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciên. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 423-432, 2004.

VERMELHO, L. L.; MONTEIRO, M. F. G. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 91-103.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health of elderly**: background document. Geneva, 1995. (WHO/HPR/HEE/95.1).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Keep fit for life**: meeting the nutritional needs of older persons. Geneva, 2002. (WHO/NLM/WT/115). Disponível em: <<http://www.who.int/nutrition/publications/olderpersons/en/index.html>>. Acesso em: 16 jan. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60 p. (Versão em português).

ZITKOSKI, J. J. **Paulo Freire & a educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. 120 p.

**ANEXO A – Documento de autorização da Unati para o desenvolvimento da pesquisa no local**

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "Julio de Mesquita Filho"  
PROEX - PRO-REITORIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

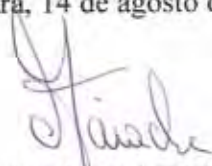
UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE-UNATI

**NÚCLEO DE ARARAQUARA**

**AUTORIZAÇÃO**

Declaro que CAROLINA CRISCUOLO, do Curso de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara, está autorizada a desenvolver o projeto "Contribuições da Educação Nutricional em um Grupo de Idosos" junto aos participantes inscritos no Núcleo de Araraquara da Universidade Aberta à Terceira Idade – UNATI/UNESP.

Araraquara, 14 de agosto de 2006



Prof. Dr. Adalberto Farache Filho  
Coordenador

**ANEXO B – Roteiro das entrevistas****Entrevista inicial (entrevista 1): questionário de identificação**

1. Nome:
2. Telefone:
3. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_ anos
4. Sexo: ( ) feminino ( ) masculino
5. Estado civil:
6. Escolaridade:
7. Profissão:
8. O(a) senhor(a) mora em casa (própria, alugada, outros):
9. Quantas pessoas moram em sua casa? Quem são?
10. Quem é o responsável pelo preparo da comida em casa?
11. Quem é responsável pelas despesas da casa? Quais os critérios para a compra dos alimentos? (preço, conveniência, saúde?)
12. Qual(is) a(s) fonte(s) de renda da família? (salário, aposentadoria, pensão, ajuda de parentes, outros)
13. Qual a renda média mensal da família?
14. Como se locomove até a Unati?
15. Quais atividades costuma praticar nas horas de lazer? (Dança, cinema, baralho, caminhada, teatro, leitura, televisão, rádio, artesanato)
16. Faz algum tipo de atividade física com regularidade? Qual?
17. É fumante?
18. Consome bebida alcoólica?
19. Tem algum dos problemas de saúde citados abaixo?  
( ) colesterol e/ou triglicérides altos ( ) diabetes  
( ) doenças do coração ( ) obesidade  
( ) intestino preso ( ) desnutrição  
( ) pressão alta ( ) osteoporose

( ) artrite

( ) depressão

( ) outros (especificar): \_\_\_\_\_

20. Tem acompanhamento médico?

21. Já recebeu alguma vez orientações em relação à dieta?

22. Por quem recebeu as orientações? (médico, enfermeiro, nutricionista, amigos, parentes, outros)

23. Foi possível adotar as orientações recebidas?

24. Se não, por quê?

25. Acha que a alimentação de uma pessoa muda com o envelhecer?

26. O que gostaria de saber sobre alimentação/nutrição?

27. Usa prótese dentária?

28. Tem dificuldade para mastigar algum tipo de alimento?

29. Qual o alimento que compra pensando em você? Pensando na sua vontade? Por quê?

30. Conte sobre um dia normal da semana? O que costuma ingerir? (comida e bebida)

31. Conte sobre um dia de fim de semana. O que costuma ingerir? (comida e bebida)

### **Entrevistas relativas aos encontros em grupo (entrevistas 2 a 5)<sup>14</sup>**

1. O que achou desta reunião?

2. Foi possível adquirir novos conhecimentos?

3. O tema abordado relaciona-se com sua vida?

4. É possível seguir as recomendações que foram abordadas?

---

<sup>14</sup> Vide Quadro 1, p. 46.

**Entrevista final (entrevista 6)<sup>15</sup>**

1. Durante a realização dos encontros, o que foi mais importante?
2. O que foi menos importante?
3. Após as discussões dos temas das reuniões, foi possível seguir alguma orientação?  
Ocorreu alguma modificação na vida após ter participado dos encontros?
4. Quais?
5. Foi bom estar em contato com outros colegas? Saber sobre as experiências dos outros?
6. O curso atingiu suas expectativas?
7. Gostaria de deixar uma mensagem final?

---

<sup>15</sup> Vide Quadro 1, p. 46.

**ANEXO C – Apostila do curso**

Universidade Aberta da Terceira Idade

# **Apostila do curso de Nutrição**

Carolina Criscuolo  
Nutricionista  
Mestranda em Ciências Nutricionais  
Faculdade de Ciências Farmacêuticas

Araraquara, 2007



## Tema 1: Nutrição e envelhecimento<sup>1, 2, 3</sup>

O envelhecimento da população vem ocorrendo muito rapidamente e indica um importante aumento da população idosa.

Diversos problemas de saúde e causas de morte que acometem esta população estão relacionados com seus hábitos alimentares e o estado nutricional. Assim, torna-se importante ter uma alimentação adequada para que eles envelheçam com saúde e qualidade de vida.

Esta preocupação com a alimentação é bem visível no dia-a-dia, onde são frequentes as reportagens em revistas, jornais, televisão, abordando assuntos referentes à alimentação e à saúde. Porém, deve-se ter cautela com estas informações e averiguar se as fontes são realmente com bases científicas.

Para ter uma boa alimentação, não é preciso ser um grande conhecedor do assunto, porém é importante ter uma noção geral do que os alimentos representam para o organismo.

As bases para uma alimentação saudável são sempre as mesmas, porém cada fase da vida merece cuidados especiais. Assim, a alimentação do idoso não difere muito da alimentação do adulto, mas deve ser direcionada em função de alterações que ocorrem no organismo.

O processo de envelhecimento provoca alterações no organismo, que podem ser agravadas por doenças, problemas sociais e outros, interferindo na alimentação e nas necessidades nutricionais.

O metabolismo tende a diminuir com a idade. Aparentemente, há uma adaptação do próprio corpo à diminuição da capacidade de funcionamento dos órgãos (coração, pulmão, rins) e ele acaba necessitando de menor quantidade de energia para funcionar.

A composição corporal também muda. Ocorre o aumento da massa gordurosa e a diminuição da massa magra. Essas modificações interferem na quantidade de energia necessária ao desenvolvimento das atividades.

Outros fatores que alteram as necessidades nutricionais são apresentados a seguir:

### **1. Fatores Físicos**

- Inatividade física
- Incapacidades físicas
- Diminuição da coordenação motora fina

Esses fatores podem desencadear dificuldades de movimentos, de locomoção para a compra e preparo de alimentos e mesmo na sua ingestão.

### **2. Fatores Fisiológicos**

#### **A – Diminuição da acuidade dos órgãos dos sentidos**

As alterações do paladar, olfato, visão, tato podem levar a perda do apetite e a utilização de alimentos mais temperados (com grandes quantidades de sal e açúcar). Além disso, ocorre a diminuição da sensibilidade à sede, tornando-se importante lembrar de ingerir líquidos para manter a boa hidratação corporal e prevenir problemas renais.

## **B – Alterações gastrointestinais**

### **a) Boca e esôfago**

- ausência parcial/total dos dentes
- uso de próteses dentárias mal ajustadas ou em péssimo estado de conservação
- doenças periodontais e cáries
- diminuição da secreção da saliva pelo uso de certos medicamentos
- alterações dos movimentos peristálticos

Essas alterações podem provocar dificuldades de mastigação, deglutição, diminuição do consumo de carnes, frutas e vegetais frescos, ocorrendo a preferência por outros alimentos, como mingaus, café com leite e sopas; fato que pode levar a deficiências nutricionais.

### **b) Estômago**

- diminuição das secreções gástricas
- lentidão do esvaziamento gástrico

Podem dificultar a digestão dos alimentos, provocar a anemia e outras deficiências nutricionais.

### **c) Intestinos**

- diminuição da secreção de enzimas (substâncias que digerem os alimentos)
- atrofia da mucosa
- diminuição dos movimentos peristálticos
- aumento do crescimento bacteriano

Podem causar dificuldades de digestão, diminuição da absorção de nutrientes e obstipação.

## **3. Fatores Metabólicos**

### **a) Pâncreas**

- diminuição da secreção de hormônios (insulina)
- diminuição da secreção de enzimas

Podem causar dificuldades de digestão, intolerância à glicose e diabetes.

### **b) Fígado**

- diminuição da produção de ácidos biliares, do tamanho das células hepáticas e do fluxo sanguíneo

Podem causar dificuldade de digestão das gorduras e dificuldades metabólicas.

### **c) Rins**

A diminuição da atividade renal pode causar dificuldades na excreção de substâncias tóxicas e de substâncias não aproveitadas pelo organismo.

#### 4. Fatores patológicos

- presença de doenças como hipertensão arterial, aterosclerose, insuficiência cardíaca, diabetes e osteoporose

- uso de medicamento que alteram o trato gastrointestinal e interagem com os alimentos

Podem causar dificuldades de ingestão, digestão, absorção, utilização e excreção de substâncias alimentares.

#### 5. Fatores socioeconômicos, psicológicos e culturais

- recursos econômicos insuficientes

- hábitos alimentares inadequados

- solidão familiar e social

- depressão

- diminuição da capacidade cognitiva

- perda dos papéis sociais

- desvalorização do idoso

Podem causar comportamento alimentar inadequado e doenças.

A boa alimentação depende de vários fatores, dentre eles: estar motivado para as mudanças de hábitos alimentares; diminuição do custo dos alimentos; facilidade ao acesso de alimentos saudáveis; disponibilidade de tempo para o preparo; conhecimentos sobre nutrição, dentre outros.

Devido a todos esses fatores, torna-se preocupante a situação alimentar e nutricional da população. Muitos sofrem de desnutrição e outros as consequências de hábitos alimentares inadequados, prejudicando a saúde e aumentando os gastos públicos e particulares com as doenças.

### **Tema 2: Escolha e compra de alimentos, rótulos e aditivos nos alimentos**<sup>4,5</sup>

Ao decorrer dos anos vêm ocorrendo muitas modificações nos rótulos dos alimentos, conforme as necessidades de maiores esclarecimentos sobre o conteúdo presente. Isto é um direito do consumidor e uma conquista para a população, pois essas informações podem servir como uma ferramenta para a escolha de alimentos mais saudáveis. Em relação à escolha e compra dos alimentos é importante **verificar** no ato da compra alguns itens, como:

- Integridade da embalagem (sem violações, amassados, latas enferrujadas ou estufadas);

- Validade;

- Preço;

- Presença de informações nutricionais;

- Lista de ingredientes (atenção quanto à presença de aditivos, sódio, gorduras, açúcar, etc);

- Modo de conservação;

- Limpeza e organização do local de comercialização;

- Características sensoriais dos produtos (como cor, cheiro ou consistência);

- Carimbo do SIF (Serviço de Inspeção Federal) nas carnes;

- Registro em órgão do governo (Ministério da Saúde ou da Agricultura).

**DICAS:**

- ❖ Deve-se evitar a compra de carnes previamente moídas ou temperadas, pois a procedência pode ser duvidosa, além do período e modo de conservação.
- ❖ A compra de alimentos de safra garante um produto de melhor qualidade nutricional, além de ter um custo mais acessível.
- ❖ Para a frequência de compra, devem ser avaliados a durabilidade do produto e o tamanho da despensa.

É importante estar atendo quanto às promoções. Comprar grandes quantidades pode ser desperdício. E o consumo de alimentos fora do prazo de validade pode ser prejudicial à saúde.

- ❖ A despensa deve ser organizada a cada compra. Os produtos devem ser utilizados, segundo o sistema PVPS - Primeiro que Vence, Primeiro que Sai.

O Brasil é um dos países com mais desperdício de alimentos. As perdas ocorrem desde a lavoura até os domicílios. A realização de um planejamento para as compras, com a elaboração de uma lista de itens necessários, de acordo com o tempo para sua utilização e o aproveitamento integral dos alimentos (folhas, cascas, talos), ajudam no combate deste desperdício, além de promover uma alimentação mais variada, saudável e com menor custo.

Os rótulos de alimentos são obrigatórios em alimentos industrializados e têm os objetivos de proteger os consumidores de declarações abusivas ou enganosas que possam induzi-lo ao erro e permitir a comparação de produtos na hora da compra, seja quanto à qualidade, ao preço, etc.

Eles devem conter:

- Nome/ marca;
- Identificação de origem com nome e endereço do fabricante ou importador;
- Lista de ingredientes;
- Conteúdo líquido em peso ou volume;
- Identificação do lote;
- Prazo de validade;
- Instruções de uso (quando for o caso) e conservação;
- Informações nutricionais.

Os **aditivos** são substâncias colocadas nos alimentos a fim de conferir alguma característica em especial. Por exemplo:

- **Corantes:** têm a função de dar ou realçar a cor. Podem ser naturais e artificiais. Ex: carotenos, amarelo crepúsculo.
- **Conservantes:** aumentam a durabilidade. Podem ser naturais e artificiais. Ex: sal, açúcar, nitritos, nitratos.
- **Antioxidantes:** evitam o ranço. Ex: ácido cítrico.
- **Espessantes:** aumentam a viscosidade. Ex: goma guar.
- **Umectantes:** deixam mais úmidos. Ex: glicerol, sorbitol (presentes em chocolates, cremes).
- **Anti-umectantes:** retiram a umidade. Ex: carbonatos (presentes no sal, leite em pó, temperos em pó).
- **Acidulantes:** imitam o sabor ácido das frutas. Ex: os ácidos.
- **Aromatizantes** ou **flavorizantes:** conferem aroma. Naturais ou artificiais.
- **Estabilizantes** ou **emulsificantes:** mantêm a homogeneidade. Ex: citrato de sódio (presente no leite, margarina, suco, sorvete).

- **Edulcorantes:** adoçantes dietéticos. Naturais (frutose, esteovídeo) e artificiais (ciclamate, sacarina, aspartame).

❖ Quanto à qualidade dos alimentos comercializados, é importante verificar alguns itens na tabela de informações nutricionais ou na lista de ingredientes, como: quantidades de aditivos, sal, gorduras, gordura trans, açúcar, cálcio, fibras, etc.

Os aditivos devem ser evitados, pois são prejudiciais à saúde e podem causar alergias.

Além disso, os produtos industrializados geralmente contêm grandes quantidades de sódio, o que nesta faixa etária é muito preocupante pelos altos índices de hipertensão na população, podendo agravar este problema.

❖ A **gordura trans** é um tipo específico de gordura saturada formada por um processo de hidrogenação natural (ocorrido no rúmen de animais) ou industrial, como no caso da hidrogenação provocada pelo aquecimento de óleos vegetais líquidos para solidificação em margarinas e gorduras para confeitaria. Por isso, elas estão presentes principalmente nos alimentos industrializados. Alimentos de origem animal, como a carne e o leite, possuem pequenas quantidades dessas gorduras. Na indústria, esse tipo de gordura serve para melhorar a consistência dos alimentos, principalmente a textura, e também aumentar a vida de prateleira de alguns produtos.

Porém, estudos têm demonstrado que a gordura trans provoca efeitos mais prejudiciais ao nosso organismo do que o próprio colesterol e as gorduras animais saturadas. Vale lembrar que este componente alimentar não tem um valor diário de referência, o que significa que quanto menos consumi-lo, melhor para a saúde. Dentre os males que esse tipo de gordura pode causar para a saúde, estão as doenças cardiovasculares, uma vez que o seu consumo contribui para aumentar os níveis de LDL colesterol (colesterol ruim), e diminuir os níveis de HDL colesterol (colesterol bom).

❖ O consumo de alimentos ricos em **cálcio** (principalmente o leite e seus derivados) deve ser estimulado para a prevenção da osteoporose. Porém, deve-se estar atento às quantidades de colesterol e outras gorduras nesses alimentos. Por exemplo, quanto mais amarelo for o queijo, maior será o seu teor de gorduras.

❖ Os alimentos ricos em **fibras** também são benéficos à saúde, pois melhoram o peristaltismo intestinal, auxiliam no controle das dislipidemias (colesterol e triglicérides alterados), da glicemia e na prevenção de diversas doenças.

❖ Para um produto ser considerado **light** ele deve conter um teor reduzido de **pelo menos 25%** de algum nutriente (sódio, açúcares, gorduras, colesterol, etc) ou de calorias comparando-se com o produto tradicional.

❖ Já o produto **diet** ou **zero é isento** de calorias ou de algum nutriente.

Embora se tenha melhorado a legislação quanto aos rótulos dos alimentos, a população tem dificuldades para compreender o seu conteúdo e tornar todas essas verificações um hábito cotidiano, para promover melhores escolhas. Além disso, os idosos possuem dificuldades quanto à leitura das pequeníssimas letras, evidenciando o descaso das empresas quanto a esta classe da população.

### Tema 3: Alimentação saudável<sup>2, 3, 6, 7, 8</sup>

#### A) Funções dos alimentos

Alimentos são todas as substâncias sólidas ou líquidas, que quando ingeridas, desempenham funções específicas no organismo, a fim de manter o seu bom funcionamento e manter a vida.

Essas funções específicas desempenhadas dependem dos tipos de nutrientes presentes nos alimentos ingeridos (ex.: carboidratos (ou açúcares), gorduras, vitaminas, minerais, proteínas).

Cada alimento possui vários nutrientes em diferentes quantidades. Alguns contêm mais proteínas; outros, mais carboidratos ou mais vitaminas e minerais, sendo, por isso, considerados fontes desses nutrientes. Assim, dependendo do tipo de nutriente que contém em maior quantidade, cada alimento desempenha uma determinada função no organismo. Os alimentos podem ser classificados em: energéticos, construtores e reguladores.

#### 1. Alimentos energéticos

Como o próprio nome diz, os alimentos energéticos fornecem energia para o organismo exercer as mais diversas atividades (pensar, andar, falar, respirar, etc). Pode-se comparar os alimentos energéticos com o combustível do automóvel.

O desequilíbrio do consumo desses alimentos (que são ricos em carboidratos e gorduras) pode influenciar no peso corporal, levando a perda ou ao excesso de peso.

##### a) Exemplos de alimentos fontes de carboidratos (principal produto da digestão: glicose)

- Cereais e derivados: arroz, milho, aveia, trigo, centeio, farinhas, fubá, massas (macarrão, massa de pizza), pães, biscoitos, bolachas, torradas;
- Feculentos e derivados: todos os tipos de batata, cará, inhame, mandioca, polvilho, farinha de mandioca;
- Açúcares: açúcares (refinado, mascavo, cristal), doces em pasta, sorvetes, chocolates, refrigerante, mel.

A glicose é fonte primordial de energia para algumas células do organismo, mas o seu consumo deve ser moderado, principalmente por diabéticos e pessoas com hipertrigliceridemia.

##### b) Exemplos de alimentos fontes de gorduras (produtos da digestão: ácidos graxos e glicerol)

- de origem vegetal: óleos vegetais, azeites, margarinas, frutas oleaginosas (amendoim, castanha de caju, nozes, amêndoas);
- de origem animal: manteiga, banha, bacon, creme de leite;
- preparações: maionese, chantili, molhos a base de creme de leite e maionese.

A ingestão de alimentos fontes de gorduras é muito importante, pois além de fornecer energia, elas também ajudam na regulação térmica, no transporte de vitaminas lipossolúveis, são precursoras de alguns hormônios. Porém, seu consumo deve ser moderado, devido à relação do colesterol e gordura saturada com as doenças cardiovasculares.

- Exemplos de gorduras saturadas: gorduras animais (de carnes, leite, queijos, manteiga, creme de leite, banha, toucinho), gordura de coco, leite de coco, gordura vegetal hidrogenada (gordura trans), azeite de dendê.

Os óleos superaquecidos reutilizados (frituras repetidas), além de conter gorduras saturadas, também possuem uma substância chamada acroleína, que está relacionada negativamente a diversos problemas de saúde, entre eles, as doenças cardiovasculares e o câncer.

## **2. Alimentos construtores**

Os alimentos que desempenham essa função são fontes principalmente de proteínas, cálcio e de ferro. Têm a função de fornecer material para construção e manutenção das diferentes partes do corpo e a reparação dos tecidos, que diariamente, são perdidos pelo suor, descamação da pele, cicatrização de ferimentos.

As proteínas formam todos os órgãos do corpo (pele, músculo, coração, fígado, etc), participam na formação de hormônios e enzimas, e também dos anticorpos para proteção contra as doenças.

O cálcio é um mineral importante para a formação e manutenção de ossos e dentes e previne a osteoporose.

O ferro é outro mineral importante porque é parte integrante do sangue e previne a anemia.

### **a) Exemplos de alimentos fontes de proteínas (produtos da digestão: aminoácidos)**

- de origem animal: carnes (bovina, suína, aves, pescados e outras), ovos, leite e derivados.
- de origem vegetal: leguminosas secas (feijão, soja, ervilha, lentilha, grão de bico).

### **b) Exemplos de alimentos fontes de cálcio**

- leite, queijos, iogurtes, coalhada, verduras verde-escuras (couve, espinafre, almeirão).

### **c) Exemplos de alimentos fontes de ferro**

- carnes, vísceras (fígado, moela), leguminosas secas (feijões), verduras verde-escuras.

Para que o ferro presente nos alimentos de origem vegetal seja bem aproveitado pelo organismo, é necessário que, junto com esses alimentos, se consumam também alimentos ricos em vitamina C (ex.: laranja, mexerica, abacaxi, acerola e outros). Portanto, sugere-se que no almoço e no jantar (que são as principais refeições fontes de ferro), sejam também consumidas as frutas cítricas.

Sugere-se também que seja evitado o consumo de alimentos fontes de ferro juntamente com os de cálcio, pois um atrapalha na absorção do outro (ex.: preparações à base de carne e leite).

## **3. Alimentos reguladores**

Fornecem vitaminas, minerais, fibras e água, que têm a função de regular o funcionamento do organismo, como por exemplo:

- facilitar a digestão e absorção dos alimentos;
- proteger a pele, a visão, os dentes;
- aumentar a resistência às infecções;
- permitir o bom funcionamento intestinal.

Esses nutrientes não podem ser sintetizados pelo organismo, sendo, portanto, de extrema importância o consumo diário de alimentos reguladores, como:

**a) Frutas:** laranja (com bagaço), limão, mexerica, morango, goiaba, manga, banana, frutas secas (uva passa, ameixa seca), sempre que possível com casca.

**b) Hortaliças**

- Verduras: agrião, alface, couve, repolho, brócolis, espinafre, rúcula, escarola, preferentemente cruas;

- Legumes: pepino, pimentão, berinjela, abobrinha, chuchu, cenoura, sempre que possível crus e com casca.

**c) Cereais integrais e derivados:** arroz integral, aveia, pão de trigo integral, biscoitos integrais, germe de trigo.

No processo de digestão, os alimentos na boca são mastigados e entram em contato com a saliva, que contém enzimas e facilita a deglutição. Os alimentos descem pelo esôfago através de movimentos peristálticos e chegam ao estômago, onde sofrem a ação do ácido clorídrico e de enzimas que promovem a digestão de proteínas, convertendo-as em aminoácidos. Em seguida, no intestino delgado, principalmente na porção do duodeno, outras enzimas finalizam o processo de digestão das gorduras e dos carboidratos, gerando principalmente ácidos graxos e glicose, respectivamente, que serão absorvidos para o sangue, onde seguem para a realização de suas funções específicas. As fibras e as substâncias não digeridas seguem para a formação do bolo fecal e percorrem todo o intestino, também por movimentos peristálticos, até a sua eliminação.

A seguir, tem-se um resumo sobre os grupos dos alimentos:

**Quadro 1** - Grupos principais dos alimentos.

Grupos dos alimentos	Nutrientes	Produto final da digestão	Exemplos de alimentos
Energéticos	Carboidratos	Glicose	Cereais (arroz, milho, aveia, trigo), batata, mandioca, fubá, pão, massas, açúcar, doces
	Gorduras	Ácidos graxos e glicerol	Óleos vegetais, gorduras, banha, manteiga, maionese
Construtores	Proteínas	Aminoácidos	Carnes, leite, queijo, iogurte, ovos, leguminosas (feijão, soja, lentilha, ervilha)
Reguladores	Vitaminas, minerais e fibras	Os próprios nutrientes	Frutas, verduras, legumes, cereais integrais

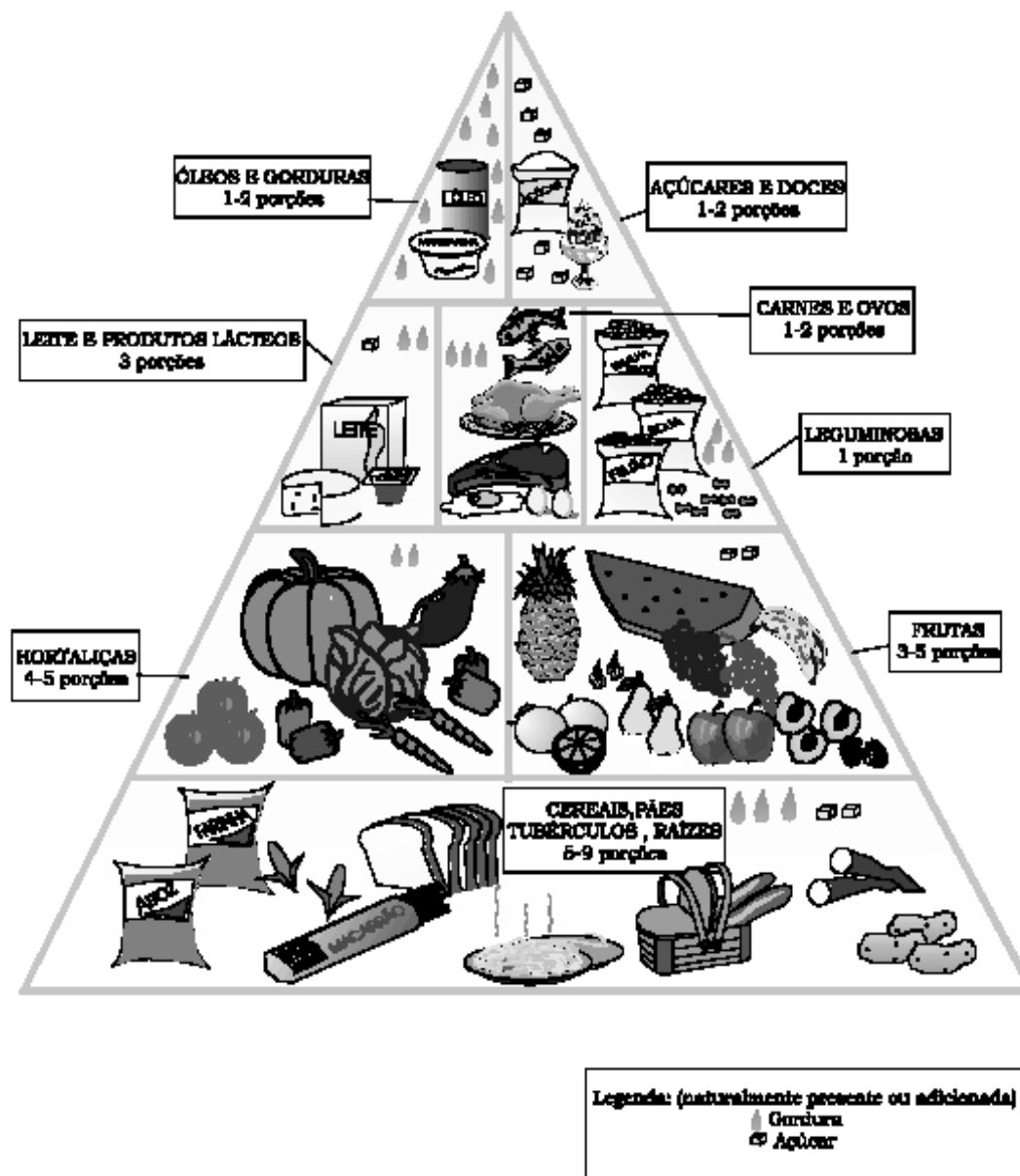
**B) A Pirâmide Alimentar**

Uma alimentação saudável deve ser equilibrada, ou seja, ser variada a fim de fornecer energia e todos os nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo. A quantidade de calorias (energia) vai variar de uma pessoa para outra, de acordo com o sexo, a idade, o peso, a altura, a atividade física, o estado fisiológico ou patológico (presença de doenças). Portanto, é



preciso também ter moderação, pois cada indivíduo apresenta sua própria necessidade nutricional (bebê, crianças, adolescentes, adultos, idosos).

Uma alimentação equilibrada é aquela que fornece quantidade e qualidade adequada de alimentos conforme mostra a **Pirâmide Alimentar** (PHILIPPI et al., 1999):



Cada um dos grupos de alimentos apresentados na pirâmide fornece alguns dos nutrientes que o organismo necessita, porém não todos. Sendo assim, para que a alimentação seja equilibrada, é necessário consumir alimentos de todos os grupos. Nenhum deles é mais importante que o outro. No entanto, é importante consumir em pequenas quantidades os alimentos contidos no topo da pirâmide (gorduras, óleos, doces) porque os nutrientes desse grupo estão presentes (naturalmente ou adicionados) nos outros grupos de alimentos.

Em cada refeição principal (café da manhã, almoço e jantar) deve estar presente **pelo menos** um alimento de cada patamar da pirâmide (dos alimentos energéticos, dos reguladores e dos construtores), exceto do topo da pirâmide, em que o consumo deve ser esporádico.

Exemplo: café da manhã:

- pão (grupo dos energéticos)
- fruta (grupo dos reguladores)
- leite (grupo dos construtores)

Almoço e jantar:

- arroz (grupo dos energéticos)
- verduras e/ou legumes (grupo dos reguladores)
- carne e/ou feijão (grupo dos construtores)

Essas refeições podem ser complementadas com lanches em seus intervalos (preferentemente frutas). O ideal é realizar de 5 a 6 refeições por dia:

- café da manhã
- lanche da manhã
- almoço
- lanche da tarde
- jantar
- ceia

Sendo que o volume de cada uma delas deve ser pequeno para facilitar a digestão, pois com o aumento da idade, pode haver diminuição da produção de substâncias necessárias para promover a digestão dos alimentos, dificultando o seu aproveitamento.

Quando não houver dificuldades para a mastigação, não há necessidade de consumir apenas sopas ou purês. Quando houver dificuldades, não deixar de comer carnes, legumes, verduras e frutas. As carnes podem ser picadas, desfiadas, moídas ou batidas no liquidificador. Os legumes e as verduras cruas podem ser picados. As frutas mais “duras” podem ser cortadas em pedaços pequenos, amassadas, raspadas ou batidas no liquidificador. Mas, é importante que os alimentos sejam bem mastigados, para ter um melhor aproveitamento dos nutrientes.

A ingestão de açúcares, doces, gorduras e alimentos gordurosos deve ser sempre moderada para manter o peso adequado. Isto é importante na prevenção de doenças (obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares) e também para prevenir complicações de doenças já existentes.

### **C) Diretrizes para uma boa alimentação**

#### **Diretriz 1: Os alimentos saudáveis e as refeições**

- Diminua o consumo de frituras e alimentos que contenham elevada quantidade de açúcares, gorduras e sal.
- Monte o seu prato com a proporção de 2/3 com alimentos de origem vegetal.
- Valorize os alimentos da safra: além de mais baratos possuem melhor valor nutricional.
- Escolha os alimentos mais saudáveis, lendo as informações nutricionais nos rótulos dos alimentos.

- Fique atento a grande quantidade de aditivos, sal, gorduras e açúcar.
- Prefira alimentos frescos ao invés de industrializados.
- Faça, ao menos, três refeições principais por dia, sempre que possível em casa.
- Faça as refeições em local apropriado e confortável.
- Desligue a televisão na hora das refeições: quando você come assistindo televisão perde a noção de quantidade, não mastiga suficientemente e, em geral, nem sabe o que está comendo!
- Comece a refeição com uma quantidade grande de salada, com folhas verdes e variedade de legumes, temperados com um molho de ervas frescas feito em casa.
- Os melhores lanches, entre as refeições, são frutas frescas ou sucos de frutas frescas sem açúcar adicionado.
- Prefira as preparações assadas, grelhadas e cozidas às fritas, para qualquer tipo de alimento.
- Cozinhe os alimentos no vapor ou em pouca água e/ou óleo.
- Tenha muita higiene no preparo e na conservação dos alimentos.
- Evite usar margarina, manteiga ou maionese nos sanduíches. Para substituir, experimente um pouco de azeite temperado com ervas, casca de limão e/ou alho, requeijão.

#### **Diretriz 2: Cereais, tubérculos e raízes**

- Coma 6 porções diárias.
- Prefira os grãos integrais.
- Cozinhe alimentos, como batata, beterraba, inhame e outros ricos em amido com a casca. Lave-os muito bem antes de colocá-los na panela para cozimento.
- Prefira os bolos mais simples, de frutas sem cobertura ou recheio. Deixe os bolos mais elaborados para comemorações eventuais e especiais.

#### **Diretriz 3: Frutas, Legumes e Verduras**

- Consuma, ao menos, 3 porções de frutas e 3 de legumes e verduras diariamente.
- Tente variar o consumo de legumes e verduras de diferentes cores, pois, além das refeições ficarem mais bonitas, nutritivas e atrativas, esses alimentos contêm grandes quantidades de diferentes vitaminas, minerais e fibras.
- Consuma frutas, legumes e verduras sempre que possível com casca ou retire o mínimo que puder; em grande parte dos alimentos, a maior quantidade de vitaminas e minerais se encontra na casca.
- Prepare as frutas, legumes e verduras no menor tempo possível e use pouca quantidade de água para cozinhar.
- Coloque estes alimentos na água já em fervura e sempre utilize a panela tampada para o tempo de cozimento ser o menor possível.
- Utilize a água do cozimento dos vegetais para a preparação de outros alimentos como arroz, ensopados e molhos. As vitaminas e minerais diluídos são reaproveitados.
- Não utilize bicarbonato de sódio.
- Prefira sucos de fruta feitos na hora; a polpa congelada perde alguns nutrientes, mas é uma opção melhor do que sucos artificiais ou refrigerantes.

#### **Diretriz 4 - Feijões e outros alimentos vegetais ricos em proteínas**

- Coma pelo menos uma vez por dia.
- Coma feijão com arroz na proporção de 1 parte de feijão para 2 partes de arroz cozidos.

- Não cozinhe o feijão com a mesma água em que ficou de molho.

#### **Diretriz 5 - Leite e derivados, carnes e ovos**

- Consuma diariamente: 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, peixes ou ovos.
- Prefira com pouca gordura.
- Descarte, antes de preparar, toda a gordura aparente das carnes e a pele das aves.
- Evite os embutidos.

#### **Diretriz 6 – Gorduras, açúcares e sal**

- Reduza a quantidade de sal nas preparações e evite o uso do saleiro na mesa. A quantidade de sal por dia deve ser, no máximo, 1 colher de chá rasa, por pessoa, distribuídas em todas as preparações consumidas durante o dia.
- Use muitas ervas e condimentos para temperar os alimentos.
- Use sal iodado.
- Evite bolos, biscoitos doces, sobremesas e doces como regra da alimentação. Coma-os menos que três vezes por semana.
- Prepare os alimentos com pouco óleo. Uma lata de 900ml é suficiente para o preparo de alimentos de uma família de quatro pessoas, durante um mês.

#### **Diretriz 7 – Água**

- Beba pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
- Beba água de boa qualidade, tratada ou fervida e filtrada.

#### **Diretriz Especial - Atividade Física**

- Torne o seu dia-a-dia e seu lazer mais ativos. Acumule pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias.
- Movimente-se. Procure uma atividade física que lhe dê prazer.

Embora as pessoas tenham um certo conhecimento sobre a alimentação e a nutrição e saibam que estas exercem grande influência na prevenção de doenças e na manutenção da saúde, o seguimento de uma alimentação saudável é tarefa difícil, pois exige mudanças de hábitos inadequados e motivação contínua. Tentar mudar lentamente alguns hábitos pode favorecer este processo de aquisição de bons hábitos.

### **Tema 4: Alimentos funcionais<sup>9,10</sup>**

Alimento funcional é aquele alimento ou ingrediente que, além das funções nutricionais básicas, quando consumido como parte normal da alimentação, produz outros efeitos benéficos à saúde. A eficácia e a segurança do consumo desses alimentos devem ser asseguradas por estudos científicos.

Atualmente os brasileiros enfrentam um avanço das doenças crônicas degenerativas por conta de um estilo de vida desequilibrado que envolve maus hábitos alimentares e sedentarismo. O consumo regular desses alimentos pode ser uma alternativa para conter o avanço dessas

doenças e fazer com que as pessoas se conscientizem que a alimentação tem um papel fundamental sobre a sua saúde.

Porém, os alimentos funcionais não curam doenças, ao contrário dos remédios. Eles apresentam componentes ativos capazes de prevenir certas doenças ou reduzir o seu risco. Quando consumidos em sua forma natural, ou seja, na forma de alimento, não apresentam contra indicações e podem ser consumidos com tranquilidade, sem prescrição médica. Dentre as doenças mais investigadas estão as cardiovasculares, câncer, hipertensão, diabetes, doenças inflamatórias, intestinais, Mal de Alzheimer, entre outras.

Para que os benefícios sejam alcançados é necessário que o consumo seja regular. Sugere-se um maior consumo de vegetais, frutas, cereais integrais, já que grande parte dos componentes ativos estudados está contida nesses alimentos. Pode-se também substituir em parte o consumo de carne de vaca, embutidos e outros produtos à base de carne vermelha por soja e derivados (especialmente carne de soja e isolados protéicos de soja) ou peixes ricos em ômega-3.

É importante saber que esses alimentos somente funcionam quando fazem parte de uma dieta equilibrada, balanceada. Isto quer dizer que se uma pessoa estiver utilizando um alimento para o controle do colesterol, ela somente terá resultados positivos, se associá-lo a uma dieta pobre em gordura saturada e colesterol.

Para uma empresa vender um alimento com a alegação de funcional, deve ser elaborado um relatório técnico científico bastante detalhado, comprovando os benefícios e a segurança de uso do alimento.

O rótulo deve conter as mesmas informações exigidas para um produto convencional. Além disso, o fabricante poderá colocar a alegação de funcional ou de saúde previamente aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Por exemplo, em um alimento contendo proteína de soja, a seguinte alegação poderá ser permitida: "O consumo diário de no mínimo 25 g de proteína de soja pode ajudar a reduzir o colesterol. Seu consumo deve estar associado a uma dieta equilibrada e hábitos de vida saudáveis"<sup>10</sup>.

Alimentos enriquecidos com vitaminas e minerais não são funcionais. A não ser que tenham comprovado benefícios com efeito adicional sobre a saúde.

**Quadro 2 - Principais compostos funcionais investigados pela ciência.**

<b>Componentes ativos</b>	<b>Propriedades benéficas</b>	<b>Exemplos de alimentos funcionais que contêm o componente</b>
<b>Isoflavonas</b>	Ação estrogênica (reduz sintomas da menopausa) e anti-câncer	Soja e derivados
<b>Proteínas de soja</b>	Redução dos níveis de colesterol	Soja e derivados
<b>Ácidos graxos ômega-3 (EPA e DHA)</b>	Redução do LDL-colesterol; ação antiinflamatória. Indispensável para o desenvolvimento do cérebro e retina de recém nascidos	Peixes marinhos como sardinha, salmão, atum, anchova, arenque, etc
<b>Ácido a-linolênico</b>	Estimula o sistema imunológico e tem ação antiinflamatória	Óleos de linhaça, colza, soja; nozes e amêndoas
<b>Catequinas</b>	Reduzem a incidência de certos tipos de câncer; reduzem o colesterol e estimulam o sistema imunológico.	Chá verde, cerejas, amoras, framboesas, mirtilo, uva roxa, vinho tinto
<b>Licopeno</b>	Antioxidante; reduz os níveis de	Tomate e derivados, goiaba

	colesterol e o risco de certos tipos de câncer como o de próstata	vermelha, pimentão vermelho, melancia
<b>Luteína e Zeaxantina</b>	Antioxidantes; protegem contra a degeneração macular	Folhas verdes (luteína) Pequi e milho (zeaxantina)
<b>Indóis e Isotiocianatos</b>	Indutores de enzimas protetoras contra o câncer, principalmente de mama	Couve flor, repolho, brócolis, couve de bruxelas, rabanete, mostarda
<b>Flavonóides</b>	Atividade anti-câncer, vasodilatadora, antiinflamatória e antioxidante	Soja, frutas cítricas, tomate, pimentão, alcachofra, cereja, salsa, etc
<b>Fibras solúveis e insolúveis</b>	Reduzem o risco de câncer de cólon, melhora o funcionamento intestinal. As solúveis podem ajudar no controle da glicemia e no tratamento da obesidade, pois dão maior saciedade.	Cereais integrais como aveia, centeio, cevada, farelo de trigo, etc, leguminosas como soja, feijão, ervilha, etc, hortaliças com talos e frutas com casca
<b>Prebióticos - frutooligosacarídeos, inulina</b>	Ativam a microflora intestinal, favorecendo o bom funcionamento do intestino	Extraídos de vegetais como raiz de chicória e batata yacon
<b>Sulfetos alílicos (alil sulfetos)</b>	Reduzem colesterol, pressão sanguínea, melhoram o sistema imunológico e reduzem o risco de câncer gástrico	Alho e cebola
<b>Lignan</b>	Inibição de tumores hormônio-dependentes	Linhaça, noz moscada
<b>Taninos</b>	Antioxidante, anti-séptico, vaso-constritor	Maçã, sorgo, manjeriço, manjerona, sálvia, uva, caju, soja, etc
<b>Estanóis e esteróis vegetais</b>	Reduzem o risco de doenças cardiovasculares	Extraídos de óleos vegetais como soja e de madeiras
<b>Probióticos - Bifidobacterias e Lactobacilos</b>	Favorecem as funções gastrointestinais, reduzindo o risco de constipação e câncer de cólon	Leites fermentados, iogurtes e outros produtos lácteos fermentados

As pessoas estão cada vez mais conscientes da ligação entre saúde e nutrição. Atualmente, torna-se importante não somente a cura das doenças, mas também a sua prevenção. Assim, os alimentos funcionais são boas opções para quem quer diminuir os gastos médicos, envelhecer com saúde, com qualidade de vida, além de ajudar a neutralizar os danos que o meio ambiente causa, como poluição, microorganismos e químicos na água, ar e alimentos.

**Tema 5: Radicais livres** <sup>2, 6, 11</sup>

Os radicais livres são moléculas instáveis produzidas pelo organismo durante as reações bioquímicas normais onde haja participação do oxigênio.

Os radicais livres são necessários para o funcionamento normal do processo de oxigenação das células. Eles promovem a destruição dos agentes infecciosos. O organismo também produz substâncias para combater os radicais livres, porém, em algumas situações ocorre um aumento da formação de radicais livres causando um desequilíbrio, desencadeando uma situação denominada estresse oxidativo.

No organismo, os radicais livres podem se combinar com o DNA das células, alterando seu código genético e produzindo uma multiplicação celular desordenada, levando a processos degenerativos, como o câncer, envelhecimento, doenças pulmonares, catarata, entre outros.

Associados a fatores externos como poluição, raio X e radiação ultravioleta, cigarro, álcool, estresse, resíduos de pesticidas, substâncias presentes em alimentos e bebidas (aditivos químicos, conservantes, hormônios presentes em carnes e aves), consumo excessivo de gorduras saturadas (frituras, carnes vermelhas, etc), estes radicais livres podem se multiplicar.

A reação dos radicais livres com os ácidos graxos, constituintes de óleos e gorduras, pode favorecer o depósito de placas nas paredes arteriais, diminuindo sua elasticidade e propiciando o aparecimento de hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.

Os radicais livres se formam durante toda a vida, mas são mais sentidos da idade adulta em diante. Várias substâncias contribuem para combatê-los, entre elas, algumas vitaminas e minerais, sendo, portanto considerados antioxidantes.

**Quadro 3 - Ação dos antioxidantes e suas fontes alimentares.**

<b>Nutriente</b>	<b>Efeito protetor</b>	<b>Fontes alimentares</b>
<b>Vitamina C</b>	Aumenta a resistência imunológica Diminui o LDL (colesterol “ruim”) e aumenta o HDL (colesterol bom) Previne diversos tumores Protege contra os danos causados pela exposição às radiações solares e medicamentos	Acerola, frutas cítricas, tomate, melão, pimentão, repolho cru, morango, abacaxi, goiaba e kiwi. Obs.: instável ao calor.
<b>Vitamina E</b>	Previne artrite, catarata, doenças respiratórias, alguns tipos de câncer e efeitos do envelhecimento Aumenta a imunidade celular Trata doenças neurológicas	Germe de trigo, óleos vegetais, vegetais de folhas verdes, gordura do leite, gema de ovo e nozes.
<b>Betacaroteno (ou pró-vitamina A)</b>	Protege os olhos, a pele. Desacelera o envelhecimento da pele, cabelos Previne o câncer de mama, estômago, pele, próstata, doenças respiratórias Previne a catarata	Cenoura, mamão, abobrinha, vegetais e frutas alaranjadas.
<b>Licopeno (carotenóide)</b>	Previne doenças cardiovasculares Previne câncer de próstata, mama	Tomate, pimenta, goiaba, melancia.
<b>Zinco</b>	Está envolvido na síntese de DNA e várias enzimas Melhora a resistência imunológica	Ostra, carne vermelha, aves, pescados, mariscos, grãos integrais, castanhas.
<b>Cobre</b>	Aumenta o nível da resposta imunológica Aumenta a resistência ao estresse, às doenças crônicas e/ou degenerativas Participa da formação de enzimas antioxidantes	Fígado, frutos do mar, castanhas, cereais integrais.
<b>Selênio</b>	Participa da formação de enzimas antioxidantes Melhora a função imunológica Previne alguns tipos de câncer	Castanha-do-brasil, cereais integrais, carnes, ovos.
<b>Flavonóides</b>	Previne o câncer de mama, útero Previne doenças cardiovasculares	Soja, uva vermelha, vinho tinto, alho, casca de berinjela, beterraba, chá verde.

Para evitar o acúmulo de radicais livres no organismo, deve-se seguir as diretrizes para uma alimentação saudável, comentada anteriormente, destacando-se os itens:

- consumir pelo menos 2 litros de água por dia;
- evitar gorduras de origem animal (banha, toucinho, carnes gordas);
- evitar o consumo de frituras;
- utilizar óleo vegetais (soja, canola, azeite de oliva, etc.);
- preparar as refeições assadas, grelhada ou cozidas com pequena quantidade de óleo vegetal;
- reduzir o consumo de alimentos industrializados e/ou processados, temperos prontos;



- reduzir o consumo de sal;
- utilizar temperos naturais: alho, cebola, ervas aromáticas;
- evitar permanecer muitas horas sem se alimentar. Tentar fracionar as refeições (de 5 a 6 diariamente);
- variar os alimentos ingeridos;
- praticar atividade física;
- aumentar o consumo de alimentos antioxidantes.

O consumo de alimentos antioxidantes não cura as doenças que possam ser provocadas pelos radicais livres. Porém, podem diminuir a sua formação, auxiliando na prevenção e controle de doenças.

Os alimentos funcionais, como aveia, linhaça, chá verde, peixes, soja, entre outros, mostram também benefícios potenciais para prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares, pois se encontram neles alguns compostos antioxidantes.

Uma alimentação balanceada, variada em diferentes tipos de hortaliças, cereais integrais, leguminosas, frutas, óleos vegetais, peixes e em quantidades adequadas, pode atingir as necessidades de ingestão diária dessas substâncias antioxidantes sem ter a necessidade de fazer suplementações por cápsulas.

### Questões para problematização

- 1) A alimentação do idoso difere de outras fases da vida?
- 2) Quais os fatores que interferem na nutrição e na alimentação pelo processo de envelhecimento?
- 3) Como está, em geral, a alimentação dos idosos? Eles têm condições e se preocupam em ter uma boa alimentação? Quais as consequências pessoais e públicas de uma alimentação inadequada?
- 4) Do que depende ter uma alimentação adequada?
- 5) Como deve ser a alimentação do idoso? Por quê? É fácil seguir?

### Referências bibliográficas

1 CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 13, n. 3, p. 157-165, set./dez. 2000.

2 CERVATO, A. M. **Intervenção nutricional educativa:** promovendo a saúde de adultos e idosos em Universidades Abertas à Terceira Idade. 1999. 159 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999.

3 DUTRA-DE-OLIVEIRA, J. E.; MARCHINI, J. S. **Ciências Nutricionais**. São Paulo: Sarvier, 1998. 403 p.

4 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Universidade de Brasília. **Rotulagem nutricional obrigatória**: manual de orientação aos consumidores. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 17 p.

5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 540, de 27 de outubro de 1997. Aditivos alimentares - definições, classificação e emprego. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 out. 1997. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=88&word=>>>. Acesso em: 15 ago. 2007.

6 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 210 p.

7 PHILIPPI, S. T. et al. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 65-80, jan./abr. 1999.

8 SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA. Departamento Regional de São Paulo. **Alimente-se Bem**. 11. ed. 2006. 106 p.

9 SALGADO, J. M. Alimentos funcionais. Sociedade Brasileira de Alimentos Funcionais. Disponível em: <[http://www.sbaaf.org.br/sbaaf/\\_alimentos/200506\\_Alimentos\\_Funcionais.htm](http://www.sbaaf.org.br/sbaaf/_alimentos/200506_Alimentos_Funcionais.htm)>. Acesso em: 15 out. 2007.

10 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Alimentos com alegações de propriedades funcionais e ou de saúde, Novos Alimentos/Ingredientes, Substâncias Bioativas e Probióticos. Lista de alegações de propriedade funcional aprovadas. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/alimentos/comissoes/tecno\\_lista\\_alega.htm](http://www.anvisa.gov.br/alimentos/comissoes/tecno_lista_alega.htm)>. Acesso em: 15 out. 2007.

11 BIANCHI, M. L. P.; ANTUNES, L. M. G. Radicais livres e os principais antioxidantes da dieta. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 123-130, maio/ago. 1999.

**ANEXO D – Questionário para classificação dos alimentos**

<b>Alimentos</b>	<b>Carboidratos</b>	<b>Proteínas</b>	<b>Gorduras</b>	<b>Vitaminas, Minerais e Fibras</b>
Iogurte		X		
Pão	X			
Maionese light			X	
Leite integral		X		
Abóbora				X
Milho	X			
Banana				X
Feijão		X		
Açúcar	X			
Frango		X		
Chocolate	X		X	
Queijo		X		
Brócolis				X
Mandioca	X			
Azeite			X	
Aveia	X			X
Manteiga			X	
Uva passa	X			X

## ANEXO E – Dinâmica do espelho<sup>16</sup>

### Objetivos:

- Despertar para a valorização de si. Encontrar-se consigo e seus valores.

### Material:

- Um espelho escondido dentro de uma caixa. O ambiente deve ser de silêncio e interiorização.

### Processo:

- O coordenador motiva o grupo: “você deve pensar em alguém que lhes seja de grande significado. Uma pessoa muito importante para você, a quem você gostaria de dedicar a maior atenção em todos os momentos, alguém que você ama de verdade... com quem estabeleceu íntima comunhão... que merece todo o seu cuidado, com quem está sintonizado permanentemente... Entre em contato com esta pessoa, com os motivos que a tornam tão amada por você, que fazem dela o grande sentido da sua vida...”  
(Deixar um tempo para esta interiorização).
- “Agora vocês vão encontrar-se aqui, frente a frente com esta pessoa que é o grande significado de sua vida.”
- Em seguida, o coordenador orienta para que todos se dirijam ao local onde está a caixa (um por vez). Todos deverão olhar o conteúdo e voltar silenciosamente para seu lugar, continuando a reflexão sem se comunicar com os demais.
- Finalmente, faz-se a partilha dos próprios sentimentos, das reflexões e conclusões de cada um. É muito importante conversar sobre os objetivos da dinâmica.

---

<sup>16</sup> Fonte: INSTITUTO DA PASTORAL DA JUVENTUDE – LESTE II. Recriando experiências: técnicas e dinâmicas para grupos. São Paulo: Paulus, 2004. p. 13-14.

## ANEXO F – Questões discutidas no sétimo encontro em grupo

- 1 – Como deve ser a minha alimentação?
- 2 – É fácil ou difícil seguir?
- 3 – O que quer em relação à alimentação?

### Respostas:

- **Sueli**

1 – Saudável, nutritiva e balanceada.

Saudável pra mim, porque existem alimentos que são nutritivos, mas eu não posso comer por causa do triglicérides.

Nutritiva é saber combinar. Por exemplo, o arroz com o feijão é uma mistura boa. Você vê o pobre... Eles nem sabem que tão comendo uma comida tão boa...

Balanceada é saber balancear o que é bom, o que é ruim. Às vezes, até o colorido, variar a comida, equilibrando na dose certa. Não exagerar numa coisa, nem em outra.

Café da manhã: café, 1 copo de leite desnatado, ½ pãozinho ou 2 bolachas água e sal, 1 fatia de queijo branco, 1 fruta.

10 horas: 1 fruta.

Almoço: 2 colheres de feijão, 3 colheres de arroz, 1 bife grelhado (bovino, suíno, frango ou peixe), legumes cozidos, salada e 1 fruta cítrica.

Tarde: 1 fatia de queijo, 2 bolachas ou 1 fruta.

Jantar: repetir o cardápio do almoço ou variar com sopa.

Noite: 1 copo de leite, 2 bolachas ou queijo.

2 – É fácil desde que se leve a sério, com acompanhamento e orientação de uma nutricionista. É só ter boa vontade.

Sem o acompanhamento da nutricionista seria mais difícil, mas teria que procurar em algum livro.

3 – Que supra as minhas necessidades fisiológicas dentro de um padrão considerável sadio.

- **Cristina**

1 – A minha alimentação deve ser saudável, contendo porções corretas para cada tipo de alimentos, nos seus devidos grupos, que correspondem aos carboidratos, proteínas, vitaminas, fibras, minerais e nunca esquecer da água.

Café da manhã: leite (com café ou achocolatado), pão ou torrada, geléia, fruta.

Lanche da manhã: fruta ou iogurte ou queijo branco.

Almoço: arroz, feijão, carne, abóbora refogada, salada, fruta.

Lanche da tarde: chá ou leite ou café com torrada.

Jantar: sopa de legumes e carne ou repete o almoço.

Noite: leite com cereais.

**2** – É difícil seguir, pois temos que nos reeducar na alimentação, principalmente no meu caso, onde se comia em excesso uns alimentos de um tipo e nada de outro. Também é difícil por ter que convencer toda família mudar e nem todos concordam...

**3** – O curso que estamos fazendo me trouxe muitos conhecimentos com relação à forma correta de se alimentar, ingerindo um pouco de cada tipo. Estou muito satisfeita da forma em que está sendo ministrado, voltando sempre nos grupos alimentares para se guardar bem.

- **Clarice**

**1** – A minha alimentação deve em primeiro lugar ser saudável, isto é, uma dieta composta de proteínas, carboidratos, gorduras, fibras, cálcio e outros minerais, como também rica em vitaminas. Para isso necessitamos que essa dieta tenha todos os tipos de alimentos sem abusos e também sem exclusões. Devemos variar os tipos de cereais, carnes, verduras e frutas, alternando sempre as cores dos alimentos.

Minha refeição:

Manhã: pão, leite com chocolate ou café, queijo ou requeijão, às vezes uma fruta.

10 horas: 1 fruta.

Almoço: arroz, feijão, carne, legumes, verduras, saladas com azeite, sobremesa (1 fruta).

15 horas: 1 fruta ou 1 xícara de leite ou iogurte.

Jantar: lanche de pão com presunto ou bife, ou 1 prato de sopa, frutas.

Noite: 1 maçã.

**2** – Isto nem sempre é fácil de se seguir, pois muito dos nossos procedimentos já se tornaram hábitos difíceis de serem modificados. No entanto, estamos sempre nos esforçando para colocar em prática o que aprendemos, como por exemplo:

- comer 5 a 6 vezes por dia em intervalos regulares;
- comer devagar, prestando atenção ao que come, sentindo a textura e sabor de cada alimento;
- beber bastante líquido (evitar café e refrigerante);
- evitar ter na despensa alimentos calóricos e pobres em nutrientes saudáveis (pois é uma tentação).

**3** – Na verdade o que eu queria era poder comer de tudo, mas já que isto nem sempre é possível por não ser saudável, tento ser ponderada em tudo, uma vez que muitas vezes o que ontem fazia mal, hoje o mesmo produto não é tão vilão assim. Porém há duas coisas que procuro realmente evitar: açúcar e gordura, pois até hoje não ouvi ninguém falar que fossem alimentos saudáveis.

- **Lúcia**

**1** – A alimentação deve suprir todas as necessidades do corpo.

Café da manhã: café com pão francês sem miolo, margarina de milho, queijo branco e uva.

10 horas: uma laranja e uma banana.

Almoço: 2 colheres de arroz, caldo de feijão, 1 bife, berinjela refogada, salada de alface.

15 horas: um cacho de uva ou pêra.

Jantar: um pouco menos de arroz, caldo de feijão, 1 filé de peito de frango e salada ou 1 lanche.

**2** – É difícil sim. Eu acho que a gente devia ter um cardápio pro colesterol não aumentar.

**3** – Eu gostaria de ter uma alimentação balanceada. Mas eu acho que o que eu faço está mais ou menos.

- **Ana**

**1** – Acho que minha alimentação é saudável, pois faço pouca fritura, uso pouco óleo.

Gosto muito de bacon, carnes, mas faço o mínimo possível. Só quando estão todos em casa.

Minha refeição:

Café da manhã: 1 xícara de leite com café, 2 colheres (de sopa) de cereal, 1 pão francês sem miolo com margarina Becel e geléia de morango.

10 horas: 1 banana ou 1 laranja.

Almoço: salada, 1 colher de arroz, 1 filé de frango ou carne, verdura refogada ou cozida, suco.

Jantar: 1 lanche com pão francês sem miolo com ovo, alface, tomate, ou queijo, ou uma verdura do almoço.

Noite: 1 iogurte Activia.

**2** – É muito difícil seguir um regime de alimentos sem sabor. Alimentação saudável é aquela que podemos comer de tudo um pouco. Temos que curtir o que a vida nos oferece de bom.

**3** – Em relação à alimentação, para mim está tudo certo.

Gostaria de elaborar um cardápio diversificado, nutritivo e saudável.

- **Maria**

**1** – Deve ser balanceada, adequada a minha manutenção e recuperação da saúde

Café da manhã: 1 xícara de café, 1 xícara de leite, 1 pãozinho francês ou bolacha, queijo branco ou requeijão.

Lanche: 1 fruta.

Almoço: 2 colheres de feijão, 3 colheres de arroz, carne ou peixe, salada verde com legumes, 1 laranja.

Lanche: 1 copo de suco ou 1 fruta ou 1 xícara de chá.

Jantar: sopa de carne com legumes, arroz ou macarrão. Ou lanche de pão francês com queijo ou carne, alface e tomate, 1 laranja.

Lanche: 1 copo de leite ou 1 iogurte.

2 – Mais ou menos. Temos que adquirir mudança de hábitos.

3 – Queremos efeitos sobre nosso organismo na prevenção de certas doenças.

- **Dirceu**

1 – Saudável, com 60% de hidrato de carbono, 20% carne (proteínas) e 20% gorduras. A mais colorida possível; viria muito mais frutas e vitaminas, verduras, 1/3 de proteínas, 2/3 de arroz (hidrato de carbono), o dobro em relação ao feijão (proteínas).

Sua alimentação será o seu sangue amanhã e não existe sangue velho, porque a hemoglobina dura de 3 a 4 meses.

Café da manhã: 2 colheres de sopa de pó de leite de soja misturado com 1 colher de aveia e 1 colher de sopa de chocolate, pãozinho com margarina Becel.

Lanche: 1 fruta (banana ou uma fatia de mamão).

Almoço: 3 colheres de arroz integral, 1,5 de feijão ou soja, salada de tomate ou pepino com cebola, 1 bifinho (carne de frango ou vaca), sobremesa (uma fruta ácida: abacaxi, limonada ou laranjada) ou suco de graviola, ou pêssego.

Lanche da tarde: 1 pãozinho com margarina, com café ou chocolate.

Jantar: idem almoço.

Lanche antes de dormir: 1 copo de leite e 4 bolachinhas água e sal ou chá quente (erva cidreira).

2 – É fácil. Não é difícil. É só querer.

**Pesquisadora (P):** E o querer? Como é que está?

Tá querendo ainda! (*Risos*). É falta de vergonha na cara.

Olha isso daqui (*o livro de receitas do curso “Alimente-se Bem por R\$1,00” promovido pelo SESI*). Por falta de receita não é.

**P:** Tá vendo! Por falta de dinheiro não é!

Não. Mas olha aqui dentro. Têm os grupos dos alimentos, as funções, cuidados. Têm muito conhecimento.

3 – Você tem que procurar ter uma saúde perfeita. Saúde entre aspas, né... Porque daqui pra frente já... Ou o regime (*a dieta*), né? Porque esse melhora a saúde. Eu tenho várias doenças e daqui pra frente a tendência é piorar. Sabe, os órgãos vão se desgastando.

**Observação:** não se tem as respostas da Adelina e Virgínia, pois estas faltaram no dia da discussão.



## **ANEXO G – Transcrição do primeiro encontro em grupo. Tema: Nutrição e envelhecimento**

**Pesquisadora (P):** Neste curso, eu vou tentar passar algumas informações pra vocês, mas eu tenho certeza que vocês já sabem bastante coisa. E nós vamos tentar fazer uma troca: não só vocês têm o que aprender comigo.

Eu perguntei pra vocês sobre o que vocês têm interesse. As aulas vão ser elaboradas com base nisso porque não adianta eu chegar aqui e falar de um problema, de repente, vir falar de osteoporose e ninguém tem osteoporose, ninguém tem interesse em saber sobre osteoporose. Então, eu vou tentar fazer um curso bem no que vocês querem. A maioria tem interesse de uma alimentação saudável.

**Ana:** Osteoporose é interessante porque ela desencadeia na nossa idade.

**P:** Sim, mas a gente comentando sobre uma alimentação saudável, já vai prevenir também a osteoporose. Lembra que a gente conversou sobre isso? Tendo uma alimentação saudável a gente já previne isso também. Assim como as outras doenças também.

**Ana:** Carolina, posso te fazer uma pergunta?

**P:** Claro!

**Ana:** A respeito da linhaça, é verdade que ela só produz efeito se ela for triturada e não inteira, pondo no leite ou no arroz, assim?

**P:** Olha, a linhaça é um alimento praticamente novo. Então estão fazendo muitos testes e pesquisas em relação à linhaça. Eu não tenho informação sobre isso, que ela tem que ser triturada. Inclusive, a gente compra pães que tem a linhaça inteira. Eu acredito que não precisa.

**Ana:** A absorção é maior. Porque dentro do grãozinho que tem aquilo que faz bem. Porque ontem, na aula de yoga, elas estavam comentando: “Eu compro aquele kit saúde que tem a linhacinha inteira”. Aí, uma outra disse: “não! Eu comprei um pilãozinho, pra não ter que bater no liquidificador, e eu soco. Depois que ela fica trituradinha, aí que eu ponho no leite. Eu coloco, assim, com um pouquinho de água na panelinha e desmancho e faço um mingauzinho”. Bom, então eu falei: “amanhã eu vou pra minha aula e vou tirar minha dúvida”.

**P:** Eu vou procurar saber em relação a isso e trago a informação pra vocês.

**Amália:** Você assistiu, sexta-feira, no Globo Repórter?

**P:** Não.

**Amália:** Ele falou da linhaça. Eu já como linhaça já faz muito tempo, sabe? Então, e falou disso de ela ser triturada. E falou inclusive de não ser só triturada, mas colocar pra ser cozida. Porque pode ser melhor. Ela vai ter mais propriedades se for cozida. Colocar no feijão, fazer uma sopinha ou colocar no leite.

**P:** A única preocupação com a linhaça é que se você for triturar, tem que ser para o consumo na hora. Porque ela é bem gordurosa.

**Clarice:** Ela rança.

**P:** Isso! Ela fica rança. Então, tem que fazer na hora isso.

Eu queria perguntar pra vocês o que sabem, o que vocês acham que é alimentação e o que é nutrição? É a mesma coisa?

**Clarice:** A alimentação é comer de tudo, mas nem tudo te nutre. Porque tem coisa que pode passar direto, né?

**P:** Alguém tem mais alguma coisa?

**Cristina:** Eu acho que a alimentação é diferente da nutrição. Porque na alimentação tem coisa que não tem nada ali, que não tem nada que você vai ser aproveitado. Já na nutrição, não. Se você comer um alimento que for nutritivo ele vai te nutrir bem com as coisas que você precisa.

**Clarice:** Por exemplo, o alho em pó. Ele pode ser um alimento, mas ele não te nutre, porque do mesmo jeito que ele entra, ele sai.

**Sueli:** O alimento supre a necessidade de comer, por exemplo, a fome. Agora, a nutrição já seleciona para o lado da boa alimentação.

**P:** Quando a gente fala em alimentação, é realmente aquilo que a gente ingere. É o alimento em si. Agora, quando a gente fala de nutrição, é por todas as etapas que o alimento vai passar dentro do nosso organismo, então, desde a mastigação, até a digestão, a absorção. A nutrição é a ciência que estuda todos esses fatores, todas essas etapas que o alimento passa dentro do organismo. Certo?

Eu queria fazer uma pergunta novamente, que na entrevista eu fiz: será que muda alimentação conforme vai envelhecendo?

**Virgínia:** Eu acho.

**Cristina:** Muda em função de algum problema, uma doença, alguma coisa.

**Ana:** Eu acho que não muda nada. Se ela for saudável, come de tudo.

**Sueli:** Muda de acordo com alguma coisa que a gente tem.

**Clarice:** É... Come menos.

(Vozes).

**Sueli:** Uma diabetes, um colesterol. Eu acho que só pela idade não muda.

**Cristina:** Eu acho que precisa de mais coisas. Acho que falta muita coisa.

**P:** A senhora acha que precisa de mais nutrientes diferentes?

**Cristina:** Muito mais.

**P:** Será que acontece alguma coisa no organismo, fora as doenças, que também interfere?

**Dirceu:** Acho que sim! Conscientização de alguma coisa.

**Amália:** Porque de primeiro, quando você era jovem, você comia bastante e não engordava. Agora você come um pouquinho e engorda.

**P:** Por que engorda?

**Amália:** Porque o metabolismo muda. Precisa de menos energia.

**Sueli:** O metabolismo é outro. A gente trabalha mais devagar, anda menos, trabalha menos.

**Amália:** Quando você chega na menopausa os hormônios mudam.

**P:** Sim. Na menopausa os hormônios se alteram [...] Muito bem! Não estou falando que vocês já sabem um monte de coisas sobre nutrição?

**Dirceu:** Mas, apesar que é tudo esparso. Você não tem uma certeza, assim, disso. E é isso que a gente tá procurando.

**P:** E nós vamos ter esse seguimento, em relação à alimentação, aqui. A essas mudanças que acontecem, mas em relação à alimentação [...] E eu até trouxe uma pirâmide da população, porque estão falando tanto das mudanças, das previsões da população, que está envelhecendo bastante e está mesmo. É um fator muito preocupante. A população de 80 anos está aumentando também. As pessoas precisam se especializar e estudar, porque a gente precisa entender melhor o que acontece. Pra tentar cada vez mais promover pra esta pessoa uma qualidade de vida, uma alimentação melhor. E vocês estão tendo bastante acesso as informações que passam na televisão, nas revistas, nos jornais, mas será que tudo o que passa...

**Dirceu:** É verdade... ah...

**P:** ...é verdade, né, Dirceu?

**Dirceu:** Ah! Aí é que tá. Se não tem função comercial, pra mim...

**Todos:** É...

**P:** A gente precisa tomar cuidado, porque tem muita gente interesseira por aí que divulga uma coisinha aqui, outra ali [...] Quem me falou do café, na entrevista? Que o café faz bem, que o café faz mal.

**Ana:** Primeiro fazia mal.

**Dirceu:** Não. Depende de quanto você tomar.

**Ana:** Agora faz bem, abaixa o colesterol. E você pode tomar até três, quatro “xicrinhas” por dia. Que ele é benéfico pra saúde.

**Amália:** Agora, em relação ao cálcio, não sei. E a fixação...

**Virgínia:** Não é.

**P:** Pois é, pro cálcio sim, mas se for muito exagerado isso também. Porque existem pessoas, que é difícil você retirar, que adora um cafezinho. E você vai tirar? Às vezes, a pessoa só toma o leite com café, não toma o leite puro. Você vai tirar o cafezinho da pessoa? Então, você tem que aprender a balancear certas coisas.

**Dirceu:** Segundo o que eu sei, mais de cinco xícaras altera o colesterol.

**P:** Mas, mais de cinco xícaras já não é recomendado por causa desses outros fatores, que falam que é maléfico. Mas, ele também proporciona uma sensação de bem-estar.

**Dirceu:** É...

**P:** Ele é um estimulante.

**Dirceu:** Ele estimula o coração.

**Virgínia:** Tira o sono.

(Risos).

**Ana:** Pra mim, agora, se tivesse uma xicrinha de café eu tomava!

(Risos).

**P:** Mas, o que a gente precisa entender é que todo o exagero...

**Virgínia:** Pra tudo, né?

**P:** Pra tudo!

**Clarice:** Infelizmente, né?!

(Risos).

**P:** Você vai consumir uma fruta, você não vai consumir dez bananas. Não é? Nem dez laranjas.

**Clarice:** Deixe eu contar o que aconteceu ontem. Eu comi duas frutas do conde, mas me deu uma disenteria.

(Risos).

**P:** Pois é! Olhem aqui a prova concreta que comer exageradamente alguma coisa...

**Clarice:** Não pode!

**P:** Não pode. Por mais que seja uma fruta e que a gente fale que fruta é saudável.

**Clarice:** Eu já tinha feito um teste um dia, que eu comi uma inteira. Geralmente eu chupo uma só por dia. Aí, chegou de tarde, me deu vontade de ir ao banheiro. Aí, ontem... Ai! Tava bonita, menina! Eu falei: “ai...” Eu peguei (risos) mais uma de manhã. Quando chegou de tardezinha começou: “Tóllóllólló” (risos). Aí, eu falei: “é hoje!”

**P:** Pois é! Pra vocês verem que nem fruta é pra exagerar.

**Clarice:** Não pode, gente! Não pode!

**Sueli:** A gente tem as informações e, realmente, como o caso do café, também pro colesterol, o abacate era proibido. Tinha na lista: coco, abacate. Aí, depois começaram a falar que abacate é bom...

**Clarice:** Mas a gordura do abacate é boa.

**Sueli:** A gordura do abacate é boa pro colesterol.

**P:** A gordura do abacate é boa.

**Amália:** A laranja também.

**P:** A laranja também é boa.

**Sueli:** Quer dizer, eles proibem... Depois a gente fica até sem...

**Amália:** Sabe, eles falam um pouco de cada coisa e a gente fica...

(Vozes).

**P:** Mas, é essa a idéia. É um pouquinho de cada coisa. Quanto mais variada, mais nutrientes diferentes vai ter a alimentação.

**Cristina:** Mas a gordura do abacate não dá colesterol, né?

**P:** Não. A gordura do abacate é boa. Só que não deixa de ser uma gordura.

**Sueli:** Engorda!

**Todos:** É.

(Vozes).

**P:** Exatamente.

**Ana:** Mas o abacate é uma fruta que você come tipo uma vez... e ainda é uma fruta meio pesada, né?

**P:** Então, a gente precisa tomar cuidado com as informações que a gente escuta por aí. Porque não é aquela regra que a gente tem que seguir ao pé da letra. Porque fulano falou isso, fulano falou aquilo, né?

**Clarice:** Olha! Tem mais mulheres velhas do que homens (*na pirâmide populacional*).

**P:** Sim.

**Sueli:** Sempre foi assim, viu! E vai continuar sendo, hein?! O senhor me desculpa, viu! (*se referindo a Dirceu*). Mas...

(Vozes e risos).

**P:** Por que será que é assim?

**Clarice:** Porque as mulheres se cuidam mais.

**Dirceu:** Eu concordo! Eu concordo!

**P:** Isso! As mulheres se cuidam mais.

**Clarice:** As mulheres têm uma rotina e vão ao médico. Os homens: “ah! Deixa pra lá!” Aquela história da próstata. Eles morrem, mas não vão fazer o exame.

**Dirceu:** É... (risos).

**P:** É por aí mesmo [...] Aliás! Os homens aqui no Brasil, já têm menos mesmo, né? Mesmo na minha faixa etária... Muitos homens morrem de acidentes, né?

**Sueli:** É verdade.

**P:** Então, os homens aí... (*indicando no gráfico*) ao longo da pirâmide vão (*morrendo*)... e tem esse problema. E eles não se cuidam tanto quanto as mulheres [...] Então, eu estava falando: será que é diferente a alimentação do idoso e das outras pessoas?

**Dirceu:** Só uma curiosidade. Você tem estatística, por exemplo, em Araraquara, do número de pessoas centenárias, mais de 100 anos?

**P:** Não tenho. Com mais de 100 anos eu não tenho.

**Sueli:** Não! Mas, a gente chega lá e depois dá a estatística.

(Risos e vozes).

**P:** Mas, aqui no interior, a qualidade de vida é bem maior. Então, essa oportunidade que vocês estão tendo aqui com a Universidade é um privilégio.

(Vozes concordando).

**P:** De estar aqui e de receber todas essas informações [...] Então, cada fase da vida tem as suas necessidades especiais. Os bebês têm um tipo de alimentação, as crianças, os adultos. E os

idosos, na verdade, não difere muito da alimentação do adulto. Só que conforme vão aparecendo os probleminhas, a gente tem que procurar adaptar isso.

(Vozes concordando).

**P:** Então, o que acontece com as necessidades nutricionais? [...] Como vocês mesmo colocaram, diminui a fome [...] Por que diminui? [...] Porque diminui também o metabolismo. Algumas pessoas não perdem a fome e, aí, vem o problema, né? Não é, dona Sueli?

(Risos e vozes).

**P:** Porque a gente não tem essa noção e vai aumentando o peso. Então, o metabolismo muda porque tem uma própria adaptação dos órgãos, que não precisam mais de tanta energia pra funcionar [...] A composição corporal muda. O idoso vai acumulando mais gordura aqui no tronco, vai perdendo massa muscular e vai aumentando a massa de gordura. A massa de gordura da mulher, que gira em torno de 25%, que é o normal, aumenta pra quase 40% ou até mais. Até 45% no idoso. E o tecido de gordura necessita de menos energia pra funcionar do que a massa magra. Então aí, já diminui a quantidade de energia que precisa ingerir durante o dia [...] Vocês têm alguma pergunta? Eu to aqui falando, mas a gente tá aqui batendo um papo. Vocês podem perguntar a vontade.

(Vozes).

**P:** Então, diminui as necessidades também por conta da atividade física que diminui [...] Algumas pessoas ficam incapacitadas, às vezes, na cama. Então, não precisam de tanta energia também. Vão perdendo a disposição para as atividades. Por isso que vocês... é bom sempre estar fazendo porque isso também vai estimulando pra não decair tanto a massa magra. Se vocês vão estimulando com a atividade física é bom pra tentar continuar com essa massa magra que vai diminuindo tanto nesta fase do envelhecimento [...] E esses fatores prejudicam um pouco a alimentação. Porque as pessoas, às vezes, não têm vontade e têm problemas pra ir ao supermercado, pra se locomover, pra preparar os alimentos e mesmo pra ingerir. Existem algumas pessoas que não têm coordenação motora pra se alimentar. Vocês aqui têm qualidade de vida e estão bem, mas a maioria dos idosos... a gente sabe. Tem muitos idosos que não têm condição.

**Sueli:** Até pelo fato deles pararem de fazer coisas que são só andar. Se acomodam. Eu acho que vai ficando cada vez mais mole.

(Vozes).

**Ana:** Aqueles homens novos. Eles se aposentam e ficam assim... enchendo o saco das mulher.  
(Risos).

**Ana:** Agora, nós, mulheres, a gente trabalha, faz mil coisas na nossa idade. Então, o homem quando se aposenta, ele tem que arrumar uma atividade.

**Sueli:** Eu não ando muito, mas ontem eu fui no cinema e eu tava sozinha num filme de terror.

(Risos).

**Ana:** Ah! Sozinha! Coisa linda.

**Sueli:** É! Tava sozinha. Abriram pra mim entrar e quando acabou tava as portas fechadas.

(Vozes).

**Sueli:** Mas, eu ando aquele pouquinho. Da onde eu paro do ônibus até o cinema. Sabe?

**P:** Então, mas é sempre bom a gente estimular [...] E mesmo, a gente estava falando da osteoporose... fazer caminhadas...

**Dirceu:** Fortalece os músculos.

**P:** Além de fortalecer os músculos, ajuda também a não ficar tão poroso os ossos. Os ossos vão ficando um pouco mais resistentes. É lógico que, não fazer uma carga de exercícios tão pesada,

né? Mas isso também ajuda na absorção de cálcio... algumas atividades físicas, como caminhadas... que você pressiona a perna.

**Ana:** Carolina, eu esqueci de te falar na entrevista que eu também faço hidroginástica duas vezes por semana.

**P:** Tá certo, dona Ana! Tá tudo gravado aqui. Agora eu já acrescento.

Então, temos esses fatores físicos que prejudicam na alimentação. E têm fatores fisiológicos também, como a diminuição da acuidade dos órgãos dos sentidos. Então, a pessoa vai perdendo o paladar, às vezes, não enxerga direito. É difícil pra lavar um alimento, pra ver se está bom, se não está... [...] Em relação ao paladar, o que vai acontecendo? [...] As papilas, que são as responsáveis na língua pra sentir os gostos... elas vão atrofiando e a gente vai perdendo a sensibilidade. Algumas pessoas falam assim: “ai! Tá sem sal essa comida”. Na verdade, não está sem sal.

(Vozes).

**P:** E é justamente numa época da vida que vai aumentando a pressão.

**Clarice:** Que ela não poderia comer...

**P:** Que ela não poderia comer, mas ela não percebe [...] Então, é importante tentar usar, tentar variar os temperos. Colocar outros tipos de temperos na alimentação pra ver se a gente consegue mudar essa questão do sal... que é um problema.

**Sueli:** Eu vi outro dia... acho que era uma reportagem do feijão.

**Amália:** É.

**Sueli:** Você viu o sal de ervas... Na verdade, eu tava mais interessada na novela.

**Amália:** Na verdade, é uma mistura de sal com um monte de ervas.

(Vozes).

**P:** Isso! Usar mais temperos. E cuidado com aquele sal light. Ele tem menos sódio, mas ele tem outra coisa. Porque se ele não é composto de sódio, ele é composto de outro nutriente.

**Sueli:** E também ele salga menos. Tem que por mais.

**P:** Além de salgar menos.

(Vozes).

**P:** Só que, se eu não me engano, ele tem potássio. E esse nutriente...

**Sueli:** Qual é o nutriente?

**P:** Potássio. Pra quem tem problema renal não é bom. E aí você vai vendo que... Nós vamos comentar ainda sobre os fatores fisiológicos... tem o problema dos rins também, que vão diminuindo sua capacidade de filtração e tudo mais, com o envelhecer. Então, é tudo uma questão de prevenção. Então, nada melhor do que a gente diminuir mesmo a quantidade de sal [...] E voltando a falar da sensibilidade, não é só em relação ao sal. É à sede também que a gente vai perdendo a sensibilidade e vai esquecendo de tomar água. E a hidratação? Como é que fica? O organismo de um bebê quando ele nasce é composto de mais de 70% de água. Quando vai envelhecendo, diminui para torno de 60% até menos, às vezes. Então vai complicando esta situação. A gente precisa de uma hidratação para tudo funcionar bem, para os rins funcionarem bem.

**Virgínia:** Se a água diminui a gente devia tomar mais água...

**P:** Sim. Tem que tomar mais água para hidratar mais. Inclusive é bom pra pele, né? Que é uma preocupação e tanto agora no envelhecimento.

**Virgínia:** Então, não pode esperar aparecer a sede, né, Carol?

**P:** Não. Porque se você esperar, muitas vezes, você não sente.

**Virgínia:** Tem que ser aquele hábito.

**P:** Tem. Tem que ter o hábito de consumir água. Uns dois litros, pelo menos, por dia.

**Virgínia:** Eu tenho costume de tomar na hora que eu levanto.

**Clarice:** Meu urologista tem uma dica boa. Ele falou assim: “você não pode ficar mais que três horas com o xixi na bexiga. Então, toda vez que você for ao banheiro, imediatamente, você vá e tome um copo d’água”.

**P:** Isso mesmo. Mesmo porque pra prevenir infecções urinárias, né?

**Dirceu:** Um autor fala no livro dele que um diabético deve consumir quatro litros de água.

**P:** É... Então, pelo menos dois, seu Dirceu. Pra todo mundo.

**Dirceu:** É... Dois acho que tá bom. Quatro é difícil.

**P:** Depende se está calor, se faz muita atividade física...

(Vozes).

**Ana:** Faz que nem a Xuxa, que com aquele tamanho e quer ser magérrima e horrorosa que ela ficou, né? Ela toma quatro litros de água por dia, mas não come comida.

**Sueli:** Quem?

**Ana:** A Xuxa. Porque o estômago fica cheio e aí...

(Vozes).

**P:** Não. Mas nós não estamos falando em trocar a água pelo alimento. Não é isso. Precisa se hidratar. Não estamos também falando em exagero também de água como isso daí. Algumas pessoas até precisam porque fazem muita atividade física, se for um dia muito quente.

**Ana:** Se tivesse água, eu já ia beber.

**P:** É mesmo! Tá faltando água aqui. O pessoal não mandou pra gente aqui... não providenciou.

**Ana:** É que é só uma horinha...

**Sueli:** Carol, você acha ruim se você pudesse mandar pra gente isso daí?

**P:** Vocês querem que eu monte uma apostilinha?

**Sueli:** Eu acho muito bom.

(Vozes concordando).

**Sueli:** Tá tão legal. A gente lê em casa e estimula a lembrar a aula, que você está dando muito bem, por sinal. Eu acho que seria muito legal!

(Vozes concordando).

**P:** Eu vou passar para a Renata isso daí e vou ver se ela consegue imprimir uma apostilinha pra vocês.

**Sueli:** É... Seria legal!

**P:** Vocês não precisam ficar se preocupando em copiar.

**Sueli:** Enquanto tem gente que fica copiando, a gente não presta atenção no que você tá falando. Depois a gente lembra.

**P:** Então, nós estamos falando sobre alguns fatores e tem mais fatores que alteram as necessidades nutricionais [...] Vocês devem conhecer um pouco e eu vou comentar bem rapidamente sobre a digestão dos alimentos. Tudo começa, então, na boca. Lá em cima. Vamos ver se eu consigo mirar aqui com a vara (*indicando na figura*). Então, lá em cima, na boca, começa a mastigação e aqui o alimento já começa a fazer um pouco a digestão, porque ele vai entrar em contato com a saliva, que tem algumas enzimas. Então, já começa aqui. Aí, a pessoa deglute o alimento e passa aqui pela “garganta” e vai descendo pelo esôfago. Nesse caninho aqui, que é o esôfago, o alimento vai descendo. Por exemplo, se a gente estivesse em pé seria uma questão de gravidade, mas e uma pessoa que está deitada, então? Como é que faz? Não desce o alimento? Tem que descer. Como que acontece isso?

Existem alguns músculos que fazem movimentos, que chamam movimentos peristálticos. Vocês já ouviram falar?

(Sem resposta).

**P:** É esse palavrão. Aí, esses movimentos vão ao longo de todo o trato gastrointestinal...

**Clarice:** Não é só no intestino, né? Nas outras partes também, né?

**P:** Isso. No intestino, no esôfago também têm esses movimentos. Então, vão ajudar a descer a comida [...] Aí, vem aqui pro estômago. O estômago é o principal local da digestão. Então, é como se fosse... resumindo, o alimento fica como se tivesse num liquidificador. Lá, ele vai ser triturado, vai ter a ação de enzimas que vão fazer a digestão no estômago. E aí, ele vai começar a passar pelo intestino. O intestino é o local onde vão ser absorvidos os nutrientes. Só que no começo do intestino também tem a digestão de alguns nutrientes, que não foram digeridos no estômago. Então, tem a ação do pâncreas. Ele libera algumas enzimas, libera a insulina para captar a glicose [...] O fígado produz a bile, que ajuda na digestão das gorduras. E no intestino vai terminar essa ação de digestão que começou na boca. Então, é no intestino que é absorvido depois. Vocês entenderam? Querem que eu repita?

**Dirceu:** Por que o pâncreas pára de produzir insulina?

**P:** Alguns problemas são genéticos. Você vê, algumas crianças têm essa dificuldade de produção de insulina e necessitam de aplicação. No caso de vocês, quem têm um diabetes que vem depois e não quando criança, alguns medicamentos ajudam a estimular o pâncreas na produção de insulina. Mas esse decréscimo da função dos órgãos, também vai diminuindo a produção de insulina pelo pâncreas [...] Mais alguma dúvida?

**Dirceu:** E o timo? Por que o timo pára?

**P:** Então, o timo, na verdade, é um órgão mais necessário na infância. Depois, ele perde a função dele na fase adulta. E ele não está envolvido aqui na digestão [...] Vocês entenderam o esquema da digestão? Querem que eu repita?

**Vários:** Não, não.

**P:** Então começa na boca, com a ação das enzimas da saliva; vai descendo por movimentos peristálticos no esôfago; cai no estômago. No estômago é triturado; tem a ação do ácido clorídrico, porque alguns nutrientes são digeridos e absorvidos num certo pH. E aí, no estômago o pH é ácido. No intestino o pH muda, já fica um pouco mais básico. Alguns órgãos, como o fígado e o pâncreas, estão muitos relacionados à digestão. E no intestino, o que é necessário, é absorvido, o que não é, vai pro bolo fecal.

**Clarice:** Carolina! No estômago, quando começa a ação do suco gástrico... É que uma vez eu vi, por exemplo, o salgado e o doce. Então... Existe, por exemplo, a absorção ou a digestão do doce é mais lenta que a do salgado. Se você tem uma dificuldade de digestão, você nunca deve comer as duas coisas juntas. Tanto que tem gente que, por exemplo, tem problema de digestão, ela vai numa festa. Ela fala assim, eu posso comer o salgado, mas o doce eu levo pra casa. Porque se ela comer junto, a digestão vai ficar difícil. Então, existe algum estudo sobre isso? Eu li numa revista.

**P:** Olha! Precitaria ver como é essa revista, porque é o caso que a gente tava falando...

**Sueli:** Precisa ver se são confiáveis as informações.

**Clarice:** Um estudo de verdade tem, porque se você comer só salgado, farelo de trigo, que é mais fácil de falar ou só doce sozinho, por exemplo. Mas se você misturar os dois...

**P:** Mas, por exemplo, a senhora considera que o macarrão é doce ou salgado?

**Clarice:** Aí é que tá o problema!

**Dirceu:** (Risos).

**Clarice:** Porque, por exemplo, o amido vai se transformar em açúcar.

**P:** Exatamente.

**Sueli:** Eu acho que aí vem muito da cabeça. Eu tinha uma tia que falava assim: “Não coma tal coisa na janta”. E ela não comia porque ela achava que ia fazer mal. Quer dizer... Então, aquela pessoa que come achando que vai fazer mal, já faz mal mesmo. E aquela que come, achando que



tá com fome, que tudo é gostoso, que nada faz mal, dificilmente vai fazer mal. Então, eu acho também que é muito psicológico.

**P:** Tem um pouco do psicológico, mas pra ser sincera, eu não tenho esse conhecimento em relação ao doce e o salgado, como por exemplo, o macarrão. O macarrão é de fácil digestão. Tem o molho caprichado e tal.

(Vozes).

**Clarice:** A macarronada tem a carne.

(Vozes).

**P:** Então, o macarrão em si, só o macarrão sem o molho. Só a massa. Ele é de fácil digestão [...] Aí, o molho tem o quê? Tem gordura. A gordura dificulta a digestão. A digestão das gorduras é mais lenta. Tanto que quando você come uma feijoada...

**Ana:** Hum! Que delícia!

(Vozes).

**P:** O que acontece? Você fica fazendo a digestão... dá até sono, não dá?

(Vozes).

**Amália:** Mas é por causa da carne também, né?

**P:** Sim. A carne tem gordura.

(Vozes).

**Virgínia:** E tudo que tem gordura, o fígado não gosta.

**P:** Se o fígado estiver funcionando direitinho, tudo bem, mas se não... Porque o fígado produz a bile. E a bile é que vai emulsionar as gorduras pra ajudar na digestão, para a ação das enzimas.

(Vozes).

**P:** Então, pessoal. Aí, também tem outras alterações. Por exemplo, na boca e no esôfago [...] Algumas pessoas têm ausência total de dentes que dificulta a mastigação de certos alimentos. O uso de próteses também dificulta. Você morde e parece que o dente não corta. Pelo menos, eu vejo com o meu pai, ele diz que tenta mastigar, mas o dente não corta. Não sei se vocês... Mas a prótese não é que nem o dente natural.

**Ana:** Não é. Por exemplo, eu tenho. Então, por exemplo, se você comer um lanche, a gente vê as pessoas que não tem prótese. Que nem meus filhos... que têm aquela dentição maravilhosa. Então, eles pegam o lanche ou uma carne de churrasco e **mordem**. Eu, por exemplo, eu morro de vontade de comer um lanche, mas eu não como lanche em lugar nenhum. Eu como lanche do jeito que eu quero, eu como na minha casa, eu corto aos pedacinhos e ponho na boca. Porque se eu morder, eu corro o risco de um dente da prótese sair, como já aconteceu. Então, você fica sem o dente. Ainda bem que a gente tem um monte de dentista em casa. Aí, você corre no filho, mas se não... [...] A gente tem, mas não é que a gente perdeu por falta de tratar. Foi que surgiu uma doença sem você esperar e aí não teve opção.

**P:** Todo mundo concorda?

(Vozes).

**P:** E também tem esse problema das gengivas, de dar problema e infeccionar. E, aí, é mais um problema pra prejudicar a alimentação.

**Ana:** Agora, quando o dente tá, assim, bonitinho e bom a gente come até pedra, não é gente? Põe na boca e mastiga.

(Risos).

**P:** Tá com sono? Tá chato? (*Falando com Virgínia*).

**Virgínia:** Não! Tá ótimo!

(Risos).

**Ana:** O horário é que tá péssimo.

**P:** Comeu muita gordurinha no almoço?

**Virgínia:** Que nada!

**P:** É o horário da soneca em casa?

(Todos concordam).

**P:** Então, tá! As glândulas salivares também diminuem a produção de saliva. Já é um outro fator que também dificulta a alimentação [...] Também tem problemas nos movimentos peristálticos, pra descer a comida.

**Clarice:** Diminui?

**P:** Diminui [...] E algumas pessoas se queixam porque parece que o alimento não desce. Algumas se queixam aqui (*no estômago/esôfago*) na parte superior, outras se queixam do intestino. Que o intestino tá preguiçoso.

**Dirceu:** É que precisa saborear mais os alimentos, né! A gente engole! Esse que é o problema! Mastigar bem! Mastigar e salivar.

**P:** Isso.

**Virgínia:** Carol, o que é hérnia de hiato?

**P:** Hérnia de hiato é um problema aqui perto do esôfago e do estômago. E esse problema parece que dá uma sensação de refluxo.

**Virgínia:** Exatamente! Minha netinha foi operada disso. Foi muito boa a cirurgia. Ela ficou ótima. Mas, às vezes, ela ficava em casa e falava: “Vó, eu to com o estômago pesado”.

(Vozes).

**P:** Então, todas essas alterações na boca e no esôfago dificultam a mastigação, a deglutição. Porque se o alimento não mistura com a saliva direito, parece que não vai, que não desce direito, na deglutição [...] O problema com os alimentos, de não conseguir mastigar, diminui o consumo de frutas, de verduras, de carnes e, aí, aparece um outro problema, de ficar consumindo só mingauzinho, leite, que é mais fácil.

(Vozes).

**P:** Graças a Deus! Vocês aqui não têm tanto esse problema de desnutrição, mas, por conta disso, muitos idosos são desnutridos... por ter esse tipo de alimentação [...] No estômago, a secreção gástrica também diminui [...] Os movimentos peristálticos causam dificuldades de digestão [...] No intestino, diminui a secreção de enzimas pra continuar a digestão [...] Tem a atrofia da mucosa, então, isso interfere na absorção dos nutrientes. Nem tudo o que a gente come é absorvido [...] O que **eu** como, nem tudo é absorvido. De vocês, menos ainda, com essa atrofia da mucosa [...] E a diminuição dos movimentos peristálticos, que aí também aparece o problema de constipação. Então, dificulta a digestão e a absorção [...] Aí, outros fatores metabólicos... que o seu Dirceu citou o problema do pâncreas... da insulina.

Diminui a secreção de hormônios [...] O pâncreas também produz enzimas para a digestão, que vai diminuir também [...] Então, vê como tá prejudicada? A digestão já está diminuída e aí, chega na hora da absorção, a mucosa já está mais atrofiada.

**Clarice:** Daí é importante da gente comer menos e melhor.

**Sueli:** Mastigar bem.

**P:** Isso! Comer menos e melhor, mastigar bem e ter uma alimentação variada pra poder ter mais nutrientes [...] E o fígado? Eu estava falando da bile... que ele produz os ácidos biliares. Então, diminui a produção da bile e dificulta mais ainda a digestão das gorduras. O tamanho das células diminui e o fluxo sanguíneo, no fígado, também diminui. Com isso, como eu já falei, a digestão das gorduras também fica prejudicada [...] Os rins também vão diminuindo a função e, aí, fica aquela dificuldade pra excretar as substâncias tóxicas. Que é essa a função dos rins... de eliminar

tudo o que é tóxico, tudo o que não é necessário. O sangue vai passando pelos rins... É como se fosse um filtro lá. E com a sua função diminuída também tem esse acréscimo.

(Vozes).

**Clarice:** E quem tem esse problema de dificuldade de absorção. Aí, que os médicos falam que você precisa ter um incremento de... suplemento vitamínico, por exemplo. Mas, a vitamina também, assim como, os alimentos... muito daquilo que a gente toma também não é absorvido, né?

**P:** Não.

**Clarice:** Então, não adianta ficar tomando toneladas de vitaminas porque não é absorvido.

**P:** Não. Por isso que você tendo uma alimentação variada, você vai ter a oportunidade de ter tudo o que precisa. Em alguns casos são necessários os suplementos vitamínicos, mas na maioria deles não é necessária [...] Se vocês tiverem mais interesse sobre isso ou se é só uma curiosidade... a gente também pode conversar sobre isso.

(Vozes).

**P:** Então, fatores patológicos começam a aparecer e prejudicar. E aí, a gente precisa ir adaptando a alimentação em relação a isso, conforme vai aparecendo [...] E uma coisa muito importante, que aqui pra vocês, talvez não sintam tanto, mas a maioria dos idosos sente, que são esses fatores psicossociais e culturais [...] Que é ter hábitos alimentares inadequados e, com isso, a pessoa vai ficando mais susceptível às doenças, se ela não tem uma boa alimentação [...] Os casos de isolamento e de solidão em que a pessoa não sente estímulo pra preparar a comida só pra ela, às vezes... ou de fazer uma compra. E vai perdendo o papel social porque... parece que quando ela pára de trabalhar, parece que... que nem vocês... vocês se reúnem aqui, vocês têm suas atividades, vocês estão em contato, têm amizade, mas e quem fica sozinho? E também isso prejudica [...] A questão da aposentadoria. Quanta gente que recebe uma pensãozinha assim... (*baixa*) vai comprar o quê?

(Vozes).

**Adelina:** Você sabe que a aposentadoria... ela tem que abrir campo pros homens, porque muitos que se aposentam, não tem a mesma união como tem as mulheres aposentadas. E eles têm dificuldade... não se encontram, sabe? Se vai numa yoga, por exemplo, só vai mulher. Não vai homens.

**P:** Mas pode fazer uma caminhada. Tem outras alternativas também, né? O problema é a pessoa se deixar abater.

(Vozes).

**P:** E tem também a questão da desvalorização [...] Tudo isso vai prejudicando a alimentação [...] Aí, eu queria fazer uma pergunta: o que vocês acham... como está a alimentação do idoso, de uma forma geral?

**Ana:** A do idoso pobre é cada vez menor. Agora, a do idoso com uma condição financeira boa, ele pode bem porque ele pode comer, eu posso sair...

(Vozes).

**Ana:** Agora, eu vejo lá na igreja onde eu cozinho. Eles comem aquilo que a gente pode oferecer. E a gente procura fazer o melhor do que a gente tem. E eles **comem** exageradamente. Mas porque eles só têm aquela refeição. Não tem outra. Agora, o idoso que pode... “Deixe eu aproveitar e comer do melhor.”

**P:** E a saúde do idoso, como é que fica se não se alimenta direito? [...] As doenças que vão aparecendo?

**Ana:** Fica ruim.

**P:** Pra vocês verem que não é só uma questão de alimentação. É também uma questão política. Porque envolve vários outros órgãos.

**Ana:** Carolina! Eles não têm tempo de ver. Porque eles estão preocupados em comprar mais carro, mais mansão, viajar... [...] Eles não têm tempo de assistir televisão e ver a miséria que hoje tem no jornal que mostrou lá no Recife, a miséria daqueles hospitais. Gente! Mas será que eles não vêem televisão? Eles não vêem...

(Vozes).

**Clarice:** O idoso, além dele ter a perda de apetite, o fato dele, às vezes, morar sozinho, ele não tem estímulo para comer. Nem tanto fazer, como você falou, mas para comer.

**P:** São as duas coisas.

**Clarice:** Então, por exemplo, se você tem dois pra comer, come “x”, se você tem quatro, não é o dobro. É mais que o dobro. Porque parece que as pessoas comem de inveja de ver o outro comer.

(Vozes).

**Ana:** Então, meu marido foi pra casa do meu sogro e ele falou: “eu vou. Fico lá e almoço e você...”. Ele me deu dinheiro. Eu tinha dinheiro, mas ele fez questão. Ele falou pra mim: “você vai na dona Dedel almoçar”. Eu falei: “tá bom”. Conclusão: Eu não fui na dona Dedel almoçar. Eu tinha uma saladinha de couve-flor que eu fiz ontem. Eu comi três florzinhas e acabou que eu não comi.

(Vozes).

**Ana:** Tomei um golinho assim de água e não comi mais nada. Não fiz o café, não tomei o suco. Por quê? Porque eu estava sozinha. Agora, você imagina um idoso que vive sempre sozinho e, pra piorar, ele é pobre... Ele começa a ficar deprimido.

**P:** Isso. Começa a dar depressão.

(Vozes).

**P:** Pessoal! Só pra concluir, eu queria fazer uma pergunta: a alimentação depende do que?

**Ana:** Companhia...

**Dirceu:** Muitos fatores...

**Sueli:** Da fome, do prazer, de estar bem...

**Dirceu:** De ter saúde...

**Clarice:** Atividades vitais...

(Vozes).

**P:** Mas, pra vocês verem que depende de outras coisas também. Esses últimos fatores que nós comentamos, depende do nosso bem-estar também.

**Sueli:** Tem que sentir prazer também. Tem que estar bem.

**P:** Depende da nossa boa vontade de preparar os alimentos, do preço...

(Vozes).

**P:** ...do governo promover as coisas para os idosos e é nossa responsabilidade também. O que vocês acham disso? De ter uma boa alimentação.

**Amália:** Porque, às vezes, você pode se alimentar bem e não fica muito caro. Você pode aproveitar integralmente os alimentos. Eu não sei se é porque eu já fiz vários cursos lá no SESI e lá eles falam o que você pode aproveitar do alimento e o que é jogado fora lixo. Que o povo brasileiro joga. Então, é tudo questão de hábitos.

(Vozes concordando).

## ANEXO H – Transcrição do segundo encontro em grupo. Tema: Escolha e compra de alimentos, rótulos e aditivos nos alimentos

**Pesquisadora (P):** Alguém viu o Globo Repórter dessa semana?

(Todos discordaram).

**P:** O tema foi sobre a terceira idade. Passou de uma maneira geral... falando sobre alimentação, atividade física. Eu ia falar pra vocês que o que falou sobre alimentação lá está certo. Porque, às vezes, vocês têm dúvidas. E também a respeito da nossa última aula em que falamos sobre os programas de televisão e revistas que geram mais dúvidas ainda em relação à alimentação.

**Ana:** Aquele livro que falam tanto... “Saúde de A a Z”. E eu não compro, porque no fim a gente dá uma folheada, e lá vai ele pro lugar de todos os livros. O que você acha desse livro? Você acha que tem muita coisa certa, muita coisa boa?

**P:** Nesse livro tem coisas que estão fazendo estudos e que estão sendo comprovadas, mas tem outras que não têm nenhum embasamento científico. Eu não recomendo.

**Ana:** Então, pra quem tem dor no estômago, recomenda espremer limão... e tomar só o limão. E o limão já é ácido!

**Lúcia:** Eu já fiz. Porque eu tava, uma vez, mal mesmo do estômago e espremi o limão... E ele não tem acidez. Ele limpou!

**P:** Se tem algum lugar que é ácido é o nosso estômago. Então, na verdade, o limão é menos ácido do que o estômago. Ele não tem problema. O que você não pode comer são alimentos que vão estimular ainda mais a produção de ácido clorídrico, porque, aí, vai dar aquela sensação de queimação, que vai ficar muito ácido.

**Ana:** Por exemplo, o abacaxi?

**P:** Não. Por exemplo, o leite.

(Amália e mais algumas pessoas concordaram).

**Amália:** É verdade! Eu vi uma vez uma reportagem do leite...

**P:** Ele, a princípio, trás aquela sensação de alívio porque ele é um alimento básico. Ele não é ácido. Ele é mais pro básico do que pro ácido. Mas, depois, ele vai estimular a produção de ácido clorídrico [...] Então, na verdade, a gente fica com essa impressão de que não pode comer frutas ácidas, como o limão, a laranja e o abacaxi, mas na verdade, não tem problema não.

**Ana:** Você conhece a sálvia? Quando a gente era criança, a minha mãe usava se a gente cortava o dedo, se a gente tinha uma feridinha, se a gente tava com uma dor de estômago, a minha mãe amassava e dava pra gente comer. Há algum tempo atrás... Eu tinha um sobrinho com uma cirurgia marcada pra úlcera. Aí, eu falei pra minha cunhada sobre a sálvia. Aí, ele comeu as folhinhas e quando voltou no médico, ele fez o raio-x e tudo e não tinha mais nada. E falou: “como que a úlcera desapareceu?”.

Aí, eu também tive um problema de gastrite, uma coisa que queimava, assim... Aí, eu comecei a comer o galinho. E quando eu como alguma coisa que queima, aí, eu vou lá no quintal, lavo umas duas ou três folhinhas, mastigo e como.

**P:** É a medicina natural, né...

(Vozes).

**P:** Mas, em relação tanto à gastrite quanto da úlcera, é bom não ficar muito tempo sem comer nada [...] Eu fiz uma programação pra aula de hoje e eu gostaria de comentar muito mais coisas, mas acho que não vai dar tempo [...] Então, hoje o assunto que eu trouxe é sobre escolha e compra de alimentos, sobre a questão dos rótulos também e dos aditivos.

Já faz um bom tempo que está havendo várias modificações nos rótulos dos alimentos. Conforme vai aparecendo algum nutriente novo ou torna-se necessária a apresentação de alguma outra informação no rótulo, vão ocorrendo essas modificações. E tudo isso é importante pra gente saber o que está comprando... [...] são os direitos também que nós temos, como consumidores, de ter a opção de ler aquilo e saber se é bom ou se não é... enfim, de ter a escolha [...] Então, não sei se vocês têm alguma dificuldade quando vocês lêem os rótulos, ou não. Se tem alguma coisa que gera dúvida. Pra começar, vocês conseguem ler os rótulos?

**Ana:** Tem coisa que dá pra ler e tem coisa que não.

(Vozes).

**P:** Eu trouxe aqui alguns rótulos pra vocês verem. Vocês estão conseguindo enxergar?

**Virgínia:** Vishe! (*discordando*).

(Vozes).

**P:** Então, conforme a gente vai falando, vocês vão vendo se tem tudo aí nos rótulos, se não tem, se está certo o que estão fazendo... porque existem algumas normas [...] Então, quando for fazer a escolha dos alimentos no mercado, na quitanda ou no açougue, é preciso verificar algumas coisas. Por exemplo, a integridade da embalagem. Se não está amassada ou enferrujada a lata; se não está rasgada ou aberta. A validade. Vocês vêem a validade?

**Adelina:** A validade, a embalagem...

**P:** Hoje já é uma coisa mais comum isso, né?

**Ana:** Antigamente, nem tinha validade nos produtos.

**P:** Pois é... Há pouco tempo atrás nem tinha. Já faz uns quinze anos. Mas, antigamente, nem eram em todos os produtos que tinham a validade [...] E, por exemplo, hoje tem alimentos que vencem rápido, como o iogurte, pão de forma...

(Vozes concordando).

**P:** E se a gente não consome rápido, acaba estragando ou vencendo [...] Eu conversei com a Ana numa entrevista sobre a validade...

**Ana:** Não sei se alguém aqui foi naquela viagem pra Matão na fábrica da “Predilecta”.

(Alguns indicaram que sim).

**Ana:** Lembra que o rapaz lá, o químico, falou que todas as latas têm a validade e que depois de um ano ela ainda vale. Porque eles dão esse espaço, assim... de segurança.

(Vozes).

**P:** Na verdade... (*pesquisadora interrompida*).

**Ana:** Que os produtos deles têm essa garantia.

(Vozes).

**P:** Na verdade... (*pesquisadora interrompida*).

**Ana:** Uma vez eu tava com uma lata de leite condensado com seis meses vencido e eu quis experimentar. E também um creme de leite que já tava na geladeira. Eu falei: “seja o que Deus quiser”. O que pode dar é uma dor de barriga...

**P:** Seja o que Deus quiser! Olha o perigo! Tá querendo economizar na caixinha do creme de leite...

(*Sueli chega atrasada para o encontro*).

**P:** Olá, dona Sueli! Pode entrar!

**Ana:** ...A lata não tava amassada, nem nada...

(Vozes).

**P:** Se eles dão o prazo de validade é porque existe um tempo que eles fizeram de teste e por aquele tempo eles garantem a validade. Depois, pode até ser que os produtos dele continuem valendo, mas não é garantia da empresa que vai ser válido aquele alimento [...] No supermercado,

às vezes, são tantas coisas pra eles controlarem e pouca gente pra ajudar... e acabam deixando uns produtos vencidos nas prateleiras e a gente compra sem perceber. Ou, então, já estão logo vencendo...

**Seide:** Se estão em promoção você tem que tomar cuidado, né?

**P:** É. E ainda mais esses alimentos que vencem rapidamente. Se você ver no fundo da prateleira, até têm mercadorias com um prazo maior. Você tem que pensar quanto tempo você vai levar pra consumir aquilo.

*(Cristina chega. A pesquisadora distribui alguns rótulos pra ela e fala sobre o tema desta reunião).*

**P:** Será que é fácil entender os rótulos dos alimentos?

**Dirceu:** Acho que a principal dúvida é *diet* e *light*.

**P:** Vamos comentar sobre isso! O *diet* é isento de algum nutriente. Ou ele é isento de sódio, ou de açúcar. E o *light* tem que ter, pelo menos, 25% a menos de algum nutriente que o seu convencional, que o alimento tradicional. Então, por exemplo, algum refrigerante *light*. Tem que conter pelo menos, 25% a menos de calorias, 25% de alguma coisa. Só que vocês precisam tomar cuidado, porque eles, às vezes, falam que o produto é *diet* e tiram o açúcar só que eles adicionam gordura no lugar. Por isso que é bom vocês entenderem os rótulos...

**Virgínia:** E o adoçante? Tem bastante ciclamato...

**P:** Sim. Alguns adoçantes têm açúcar. Eles não são totalmente *diet*. Por exemplo, o “Mid Sugar”. Aquele é metade açúcar e metade adoçante. Então, vocês têm que aprender a ler os ingredientes.

**Ana:** Diz que os adoçantes têm aquele aspartame... que faz mal pro coração. Um médico me falou: “você nunca toma adoçante. É preferível você tomar o café sem açúcar. Mas você nunca tome adoçante, porque ele é muito prejudicial ao coração”.

**P:** Então, na verdade, o adoçante vai ser prejudicial a saúde se você usar ele em excesso. Por exemplo, mais de 100 gotas por dia.

*(Vozes. Eles discutem a quantidade ingeridas diariamente. Falam que ingerem bem menos que isso).*

**P:** Pra adoçar, você vai colocar umas três gotinhas. Não precisa usar mais que isso.

Foram realizados testes com ratos com doses bem altas e, aí, sim deu problemas no coração, câncer [...] Em relação ao preço, vocês vão ao supermercado e onde que fica o preço?

**Ana:** Tem uns que estão mais visíveis, outros que estão só na prateleira.

**Cristina:** Ah... Estão só na prateleira.

**P:** Na verdade, ele teria de estar na embalagem... aquelas etiquetas. Mas, se eles não colocarem, eles tem que ter aquelas máquinas de visor bem perto do alimento. Porque senão você vai ficar procurando...

**Cristina:** É... Senão você tem que andar...

**P:** Então, por isso tem que ter no produto aquela etiqueta. A não ser que tenham muitas máquinas espalhadas pelo mercado.

**Ana:** O melhor é comprar na dona Zezé... porque já tá tudo marcadinho...

**Sueli:** Na cerealista também... você compra... já tem o preço...

**P:** Isso. Não tem erro, né?

*(Vozes).*

**P:** Em relação aos ingredientes... Têm aí nos rótulos os ingredientes?

*(Eles concordam).*

**P:** Sim. Têm muitos. O importante é você saber o que está consumindo. Por exemplo, se tem açúcar. Uma pessoa que tem diabetes não pode comer coisas que tenham açúcar.

*(Eles concordam).*

**P:** Uma pessoa que tenha a doença celíaca. Vocês já ouviram falar?

**Alguém:** Eu já ouvi falar, mas...

**P:** Tanto que... Olhem aí no rótulo do pacote de pão...

**Ana:** Aqui... Que contém glúten?

(Vozes).

**P:** Isso! Por isso é que vem esse aviso que contém glúten. Porque algumas pessoas não têm uma enzima capaz de digerir o glúten. Que tem aonde?

(Vozes).

**P:** Na farinha de trigo. Então, no pão é um lugar que sempre tem o aviso.

**Ana:** Na bolacha também tem.

**Dirceu:** No macarrão...

(Vozes).

**P:** Isso. Na bolacha também tem por causa da farinha de trigo. O glúten é uma proteína que tem na farinha de trigo. Algumas pessoas não têm uma enzima para digerir isso e acontece como se fosse uma alergia.

(Vozes).

**P:** Então, tem o aviso que contém glúten ou que tem a farinha de trigo.

**Sueli:** Eu aproveito pra fazer uma pergunta. Meu triglicérides está altíssimo. O resto diz que tá tudo bom. E eu tenho que evitar comer tudo o que se transforma em açúcar. Então seria farinha, arroz...

**P:** Cereais...

**Sueli:** Entra o feijão também?

**P:** Não. O feijão é uma leguminosa e não um cereal.

**Cristina:** Batata.

**P:** Batata, mandioca, macarrão, massas em geral, arroz, açúcar, doces.

**Sueli:** A frutose... Bom, o açúcar da fruta também não pode...

**P:** As frutas vão gerar uma molécula de glicose e de frutose no final. Mas, no caso da senhora, não é tão preocupante pro caso de triglicérides. Tá bom?

**Sueli:** Sim. Então, quer dizer que as frutas eu posso...

**P:** Sim. As frutas pode. Vamos nos preocupar mais com os cereais, com os doces, batata, massas...

**Sueli:** Por exemplo, ontem no almoço, na janta e hoje eu comi nhoque.

(Vozes).

**P:** Então, o nhoque aumenta também. Então, tem que manejar na quantidade.

(Vozes e risos).

**P:** Tirou a barriga da miséria, né?

(Vozes e risos).

**P:** Vamos lá, então! [...] A gente vê também nos ingredientes se eles têm aditivos. E uma coisa que é boa na terceira idade é não comer muitos produtos industrializados. Nós vamos comentar numa outra aula um pouco mais sobre isso [...] Então, o que é que a gente vê? [...] Muitos aditivos, conservantes...

**Ana:** Acidulante, aroma sintético...

**P:** Isso! Emulsificantes, antioxidante... Tão aí, né? A senhora está vendo? [...] Não é bom na terceira idade e não é bom pra ninguém.

(Vozes).



**P:** Quando nós vamos lá ao mercado, é bom nós observarmos como está a limpeza do local. Alimentos congelados, por exemplo. Precisa verificar se o alimento está mesmo congelado, se o freezer está funcionando direito.

**Ana:** Eu tenho a impressão que eles desligam o freezer à noite. Porque você vai lá bem cedinho e não tá super congelado (*o alimento*) como estão à tarde.

**P:** Não pode. Não compre neste mercado.

**Sueli:** Mas todos são assim!

**Seide:** O supermercado que a gente vai, de manhã, tem uma água na geladeira... Eles desligam de noite.

(Vozes).

**P:** Não pode!

**Dirceu:** Tem supermercado que desliga à noite.

**Vozes:** A maioria...

**P:** Não pode.

**Dirceu:** É! Eu sei.

**P:** Se o senhor conhece, não compre esses produtos no mercado.

**Dirceu:** Não. Mas se você olhar lá no chão tem líquido e tal.

**P:** Não é de confiança [...] E ver também se tudo está em ordem, se não está sujo o ambiente. É sempre importante a gente verificar a cor, o cheiro dos produtos, a consistência das frutas, das verduras... se está tudo certo. Porque isso também não pode estar alterado [...] O que a gente vê? Que os alimentos de safra são sempre mais bonitos, têm mais nutrientes... Porque é a época mesmo pra eles se desenvolverem. Além disso, são mais baratos.

**Ana:** É que nem o moranguinho agora.

**P:** Isso! Além de ser mais saboroso nessa época [...] As carnes... Já viram um carimbinho roxo na carne? Que todo mundo fala: “eu não quero essa que tá com essa mancha roxa”. Vocês falam isso também?

**Ana:** Eu corto esse pedacinho e tiro...

**P:** É essa que tem que usar!

**Sueli:** Mas não é sempre que a gente encontra.

**P:** Mas é sempre no mesmo local que a senhora compra? Porque eles não carimbam a carne inteira. É só num pedaço. Por exemplo, se é a peça dianteira ou traseira, vai ter um ou dois carimbos na peça inteira.

(Vozes concordando).

**P:** Então, é por isso que, às vezes, vocês não vêem [...] Então, vocês sabem se no açougue de vocês tem o carimbo do SIF?

**Ana:** A gente conhece, porque o frigorífico vai entregar. Porque esses açougues mais de periferia... eles compram o gado de uma fazenda. E a gente sabe, porque já vendeu pra muita gente, né? Então, é assim. Eles abatem o gado. O gado está saudável, mas não passou por uma fiscalização, uma higiene. A gente sabe, porque tá no ramo.

**P:** Isso. E a garantia é esse carimbo. Então, é importante que vocês verifiquem no local que vocês fazem compras.

(Vozes).

**Sueli:** Vocês viram na televisão abatendo no chão?

(Vozes discordando).

**P:** E esse carimbo do SIF não está somente nas carnes, mas também nos produtos congelados. A senhora está vendo nesta embalagem de *steak* de frango?

**Maria:** Tem.

**P:** Então, todos os produtos congelados têm que ter esse carimbinho. E todos os produtos industrializados têm que ter o número do registro do alimento ou no Ministério da Saúde ou no da Agricultura... que é uma garantia também [...] Em relação à carne moída... Quem compra aquela carne que já está moída?

(A maioria discorda).

**Ana:** Eu escolho um pedaço e mando moer duas vezes.

**Virgínia:** Tem um rapaz que sempre quer empurrar pra gente.

**Ana:** Aí, é tudo o que sobrou, de qualquer parte...

**P:** E vai saber de quando e de que jeito...

**Todos:** É...

**Cristina:** E aquele monte de mussarela fatiada... Eu acho que eles fatiam quando já tá pra vencer...

(Vozes).

**Dirceu:** Frango temperado também...

**P:** Nossa! Pessoal! É um terror comprar o frango já temperado, alimentos já temperados no açougue. Nem pense!

**Ana:** Eu não compro nada temperado!

**P:** Não compre! Porque vai saber de quando aquilo está ali, de que forma foi feita... [...] Em casa a gente tempera...

**Ana:** Carolina! Se você quiser comprar uma carne pra jogar fora, vai no Serve do Mercado. Eu fico boba como a higiene não passa lá.

**P:** Não compre mesmo, então, neste lugar, porque o barato sai caro. Procurem comprar sempre em um lugar de confiança. Mandem moer na hora, fatiar na hora... Nada que tá lá temperado porque a gente não sabe. E qualquer problema que vocês tenham quando abrirem um produto e ele estiver estragado, mesmo não estando vencido, vocês têm a garantia de ligar e pedir o dinheiro de volta ou a troca da mercadoria [...] A frequência da compra vai depender de quanto tempo dura o produto, o tempo que a gente tem para consumi-lo. Aí, vocês precisam fazer uma estimativa... se moram sozinhos, se tem outras pessoas pra consumir também... Quanto tempo vai demorar pra consumir, porque, às vezes, vocês querem aproveitar uma promoção e acabam comprando demais e não usam. Então, tem que ter um pouco dessa noção de controle pra não comprar coisas que depois vão estragar. E também precisa levar em consideração o espaço que você tem pra guardar. Se você tiver, você compra. Se você não tem, você compra o que dá pra comprar, né? ...Pra comprar a quantidade necessária [...] Aí, em casa, é importante não colocar o produto que comprou em qualquer lugar da despensa...

**Ana:** Pega o do fundo e passa pra frente...

**P:** Isso! Mas nem sempre o do fundo vence primeiro do que o que você comprou. Então, precisa verificar também a validade em casa.

*(Cristina estava anotando num caderno todo o material escrito nos slides. A pesquisadora explicou que não era necessário).*

**P:** Eu quero que vocês prestem atenção nas aulas e que vocês participem [...] Então, os rótulos são obrigatórios para todos os alimentos industrializados e o objetivo deles é proteger o consumidor de declarações abusivas ou enganosas que possam induzi-lo ao erro. Por exemplo, quem está com o rótulo do óleo?

(Está com a Amália).

**P:** Está escrito aí alguma coisa sobre o colesterol?

**Dirceu:** É que no óleo não tem colesterol.

**Amália:** Fala que não tem colesterol e que é rico em vitamina E.

(Vozes).

**P:** Isso. Antes, quando estava na moda falar sobre colesterol... Agora falam de gordura trans, mas antes era do colesterol... Aí, eles falavam “sem colesterol” e colocavam bem grande... [...] Mas agora vem uma outra coisa escrita aí abaixo do “sem colesterol” [...] O que está escrito?

**Amália:** “Rico em vitamina E”. Depois, aqui: “0% de gordura trans”.

**P:** Mas e aqui?

**Amália:** “Como todo óleo vegetal.”

**P:** Isso! “Sem colesterol, como todo óleo vegetal.” [...] Porque o que dava a impressão antes? De que alguns tinham colesterol e outros não. Na verdade, todos não têm.

(Vozes).

**P:** Agora, a gordura trans... Nas bolachas vêm escrito “sem gordura trans”.

(Vozes).

**P:** Agora, como uma lançou sem gordura trans, as outras procuram se adequar ao sistema. Por exemplo, as margarinas. Antes todas eram com gordura trans porque, pelo processo de hidrogenação do óleo vegetal, era formada a gordura trans. Agora, mudaram o processo pra produção das margarinas e não tem mais a formação de gordura trans. Então, todas têm que ter escrito na parte de informações nutricionais a quantidade de gordura trans [...] Agora, as bolachas... umas têm e outras não têm. Se você ver que no rótulo está escrito “sem gordura trans” é porque realmente não tem, mesmo que tenha gordura vegetal no ingrediente [...] Agora, aquelas que não anunciam nada que não tem gordura trans e você ver que tem no ingrediente é porque tem.

(Vozes. *Eles discutem as quantidades de gorduras em um dos rótulos e perguntam sobre as gorduras totais, saturadas e trans.*)

**P:** A gordura saturada é uma coisa e a trans é outra... formada pelo processo de hidrogenação [...] A gordura saturada está presente aqui (*indicando no rótulo*) na quantidade de gorduras totais. Eles especificam cada uma das gorduras e colocam o valor total.

(Vozes).

**P:** Então, nos rótulos dos produtos vocês conseguem comparar se o produto é de qualidade pelo preço [...] Dou o exemplo do Nescau *light*, que anunciava a informação nutricional do seu produto acrescido de leite desnatado e do produto convencional acrescido de leite integral. É óbvio que grande parte da redução das calorias do Nescau *light* se deu pelo leite e não pelo achocolatado [...] Por isso, vocês têm que perceber que algumas informações nos rótulos são enganosas. Se vocês tiverem mais costume e souberem o significado das informações dos rótulos, vocês terão maiores possibilidades de comprar um produto e não serem enganados [...] Então, o que deve conter num rótulo? [...] Alguns itens são obrigatórios como, o nome, a marca do produto, o fabricante, o endereço, a lista dos ingredientes, o conteúdo... [...] Vocês já perceberam que eles diminuem a quantidade do produto e o preço continua o mesmo? [...] Isso acontece com sabonete, papel higiênico...

(Vozes).

**Ana:** Eu vi outro dia no Jornal Regional que diversas empresas foram autuadas, porque dizia que tinha uma quantidade na embalagem e na hora que foram pesar não dava. Agora, a gente vai medir o papel higiênico?

**P:** Uma vez eu fui numa fábrica de café. E conforme o café era embalado, ele já caía numa balança. Por exemplo, se um pacote tem que pesar 400 g, aquele que pesava menos já era descartado. Em compensação, haviam alguns com 410g, 415g. Mas havia esse controle.

**Dirceu:** Vocês têm que tomar cuidado porque agora eles estão invertendo a psicologia. De maior, era mais barato, agora eles tão colocando mais caro. Então, você gasta mais dinheiro e...

**P:** Isso! Por exemplo, essa questão mesmo do papel higiênico.

(Vozes).

**P:** Aí, tem também o prazo de validade, a identificação do lote. Por que tem a identificação do lote? [...] Porque se você comprar e estiver estragado...

**Sueli:** Uma vez eu comprei um pacote de tâmaras e começou a embolorar antes do vencimento.

**Cristina:** Eu também uma vez fui abrir aquele Nescau Pronto e tava com um cheiro horrível.

**P:** Então, por isso eles pedem o número do lote, porque pode vir outras reclamações e fica mais fácil pra identificar.

(Vozes).

**Cristina:** Eles me pediram o número do lote e disse que, às vezes, no lugar do estoque tava calor e acabou acontecendo isso.

**P:** Na embalagem também vem escrito como que prepara. Por exemplo, aqueles bolos de caixinha...

**Seide:** Aqui... da maria mole.

**P:** Isso! E também em relação à conservação. Por exemplo, o produto tem que ter um aviso se deve ser refrigerado ou congelado ou ser mantido na temperatura ambiente.

**Cristina:** Aquele aviso que após de aberto deve ser conservado na geladeira...

**P:** Isso! O leite tem o aviso que depois de aberto deve ser conservado na geladeira e por dois dias [...] E sobre as informações nutricionais, eu trouxe um exemplo do rótulo da caixinha de leite integral [...] As informações vêm em três colunas. Na primeira mostra a lista de nutrientes. Na segunda, mostra a quantidade de nutrientes por porção. Por exemplo, 200 g de leite, que é um copo, equivale a uma porção.

**Ana:** O que é esse “VD”?

**P:** É o valor diário de referência. Que, aliás, está escrito bem pequenininho ali embaixo. Que é difícil enxergar. Vocês conseguem enxergar? Vocês levam os óculos no mercado?

(Vozes. *Eles discordam que conseguem enxergar*).

**Dirceu:** Produtos dietéticos você tem que usar uma lupa.

**P:** Não é fácil mesmo [...] Então, essa coluna do valor diário mostra quanto equivale essa porção de 200g (1 copo) em relação ao valor diário total, que é o que você precisa por dia. Mas só que, na verdade, esse valor diário, como está escrito bem pequenininho, é para uma pessoa que precisa de 2500 calorias por dia. Só que vocês precisam de 2500 calorias por dia? Vocês acham?

(Vozes).

**P:** Na verdade, foi o que a gente comentou outro dia, que na idade de vocês já diminui o metabolismo. Cada um aqui vai ter uma necessidade. Para saber direitinho, precisaria fazer uma consulta individualizada, para ver o peso, a altura, a atividade física. Aí, é possível fazer uma estimativa um pouco melhor. Mas, no geral com vocês, umas 2000 calorias, no máximo, já estaria suficiente. Então, depende da pessoa, se faz atividade física ou não. Então, essa quantidade de calorias diárias que fala aí no rótulo, para vocês já precisaria diminuir. No caso, ali no rótulo que diz 6%, para vocês já seria uns 10%.

**Ana:** Do integral, né?

**P:** Isso. E quanto tem no desnatado, dona Lúcia?

**Lúcia:** 70 calorias.

**P:** Então... já diminui para 70.

(Vozes).

**Amália:** O desnatado perde o que? Só calorias?

(Vozes).

**P:** O desnatado tem menos gordura. E o cálcio aumenta.

**Vozes:** Ah, é?

**P:** Fazemos uma comparação entre um rótulo de leite integral e o de desnatado em relação ao cálcio [...] Em relação à gordura trans, a Anvisa determinou que deve ser informada a quantidade de gordura trans nos rótulos. Aí tem, não tem?

**Lúcia:** Não. Nada, nada.

**P:** Não? Tem sim. Ah! Tem zero! Então, no desnatado não tem gordura trans. Mas nesse daqui tem (o integral). E a gordura vegetal hidrogenada, pessoal? Como que tem gordura trans aí (no leite integral)? Vocês sabem explicar?

*(Eles não entenderam muito bem a pergunta).*

**P:** A gente tava falando que tem gordura trans na gordura vegetal hidrogenada. E aí, aqui no leite tem. No leite desnatado não tem, mas no integral tem.

**Amália:** A gordura animal é gordura saturada...

**P:** É... Mas não era na gordura vegetal hidrogenada que a gente tava falando que tinha gordura trans? E como que tem no leite?

**Amália:** É que esses leites aí têm tudo conservante, não é o leite natural. O leite de caixa tem conservante.

**P:** Então, mas na verdade, o leite é o único alimento, fora a gordura vegetal hidrogenada, que possui gordura trans. Porque a gordura trans é produzida no rúmen do boi. Então, tem um pouquinho de gordura trans na carne e no leite. E essa gordura produzida acaba passando um pouco pro leite. Mas no leite desnatado, como tira bastante a gordura, não tem gordura trans.

**Cristina:** Aquelas gorduras totais? (Se referindo ao rótulo).

*(Vozes).*

**P:** Não. A gordura trans, que tá aqui embaixo. A gordura trans não tem uma quantidade recomendada. É diferente dos outros tipos de gorduras, porque mesmo a gordura saturada, ela é necessária pro nosso organismo, ela tem uma função. A gordura tem funções no nosso organismo. A gente precisa consumir também. Mas a gordura trans não. O colesterol também tem suas funções no organismo.

**Ana:** Acho que o organismo fabrica o colesterol também.

**P:** Fabrica. Isso!

*(Vozes).*

**Amália:** O bom, né? O ruim não.

**P:** Tem vários tipos de colesterol. O ruim também tem uma necessidade no nosso organismo, só que a gente precisa tomar cuidado com o que vem da dieta, porque já é produzido no nosso organismo. Agora, a gordura trans não tem funções boas.

**Sueli:** A gente tomava aquele leite de saquinho. E não tinha esses negócios...

**P:** Mas é que a gente não sabia...

*(Vozes)*

**P:** E é por isso que os rótulos vêm tendo todas essas modificações ao longo dos anos. *(Vozes).*

**P:** Vishe, pessoal! Já são duas horas.

*(Vozes).*

**P:** Pessoal! Eu queria conversar com vocês sobre os aditivos e explicar um pouco melhor, mas já estão batendo na porta [...] Eu queria conversar tanta coisa com vocês e hoje não deu para falar nada.

**Sueli:** Essa aula é muito pequena para a quantidade de informações que ela traz. Eu acho que tinha que ver se dava para aumentar um pouquinho mais.

*(Vozes).*

**Cristina:** E aqueles suquinhos que vem em pacotinhos... Aquilo lá é tudo corante...

**P:** Tudo corante, acidulante, conservante... Alguns corantes até são naturais, mas outros, como por exemplo, o amarelo crepúsculo, muitas pessoas têm alergia com aquilo. Então, é uma coisa que tem que conter na lista de ingredientes para poder avisar pras pessoas que já sabem que tem o problema de alergia [...] E esses tabletes de caldo de carne... são uma bomba!

**Cristina:** Já me falaram também!

**P:** Além de ter sódio...

**Dirceu:** Isso daí uma vez eu fui experimentar... **nossa!**

(Vozes).

**P:** Nada melhor do que a cebolinha, a salsinha... A gente fazer em casa...

(Vozes).

**P:** E eu queria conversar também um pouco sobre agrotóxicos, sobre transgênicos, sobre o sistema orgânico, mas não vai dar tempo [...] Só queria avisar para vocês que os transgênicos têm que ter aquele símbolo, lá em cima (*indicando na figura do slide*), nos rótulos [...] E os alimentos orgânicos, para eles serem mesmo orgânicos... Porque a gente fala: “ah! É da horta lá da feira... É gostosinho que eu compro!” Mas, se não tiver algum desses certificados no rótulo, eles não são considerados orgânicos [...] Se a gente tiver um tempinho, a gente vai comentar mais sobre isso. Porque, é impressionante o monte de itens que são verificados para que os alimentos recebam o certificado de orgânico [...] Aqui eu não sei, mas, por exemplo, lá em Jaú... é difícil você dizer que o alimento é orgânico.

**Sueli:** Orgânico é aquele que vem na água?

**P:** Não! Aquele é hidropônico.

**Cristina:** É hidropônico.

**Dirceu:** É aquele que vai na água.

(Vozes).

**P:** Então... E é difícil avaliar, porque, por exemplo, lá em Jaú, tem um aviãozinho da usina que passa pulverizando veneno na cana. Aquilo prejudica até a saúde da gente. Como que vai falar que não tá passando pro alimento lá do produtor?

(Vozes concordando).

## **ANEXO I – Entrevista 2 (referente aos assuntos discutidos no primeiro e segundo encontros em grupo)**

Para a realização da entrevista, foram elaboradas algumas questões que serviram para orientar a sua condução. Não se seguiu uma ordem rígida para questionar os entrevistados. São elas:

1. O que achou destas reuniões?
2. Foi possível adquirir novos conhecimentos?
3. Os temas abordados relacionam-se com sua vida?
4. É possível seguir as recomendações que foram abordadas?

### **Adelina (AD):**

**Pesquisadora (P):** O que a senhora achou das duas primeiras reuniões?

**AD:** Eu to adorando! Tá ótimo!

**P:** Foi possível adquirir novos conhecimentos?

**AD:** Ah, sim! Tem muita coisa que a gente não sabe. Eu tenho já 78 anos, então... A gente sabe mais as coisas de antigamente, dos costumes de antes. Depois a gente foi adquirindo outras coisas e agora, cada vez mais.

**P:** Em relação ao primeiro encontro, em que falamos sobre algumas mudanças que ocorrem com o processo de envelhecimento e suas influências na nutrição, a senhora já sabia ou foi possível adquirir novos conhecimentos?

**AD:** Alguma coisa eles falaram sobre isso em algumas reuniões. Mas, mais por cima. Não entravam em detalhes sobre nutrição.

**P:** E em relação ao segundo encontro, em que falamos sobre os rótulos dos alimentos?

**AD:** Ainda não deu muito tempo pra colocar em prática. Mas a gente aproveita. Eu fui no supermercado e a gente vai dando uma olhada, vai vendo o rótulo, a validade das coisas que a gente vai comprar.

**P:** Mas isso era uma coisa que a senhora já via?

**AD:** Eu via, mas, às vezes, não. Principalmente, validade. Antigamente, a gente não via validade. Você pegava da prateleira e colocava no carrinho. Agora, despertou mais a gente.

Uma vez eu fui ao mercado com a minha filha e comprei uma caixa inteira de leite. Quando eu abri em casa, senti aquele cheiro de estragado... E o leite ainda estava com a data longe do vencimento. Aí, eu liguei pra fábrica em Ribeirão Preto pra reclamar. Eles disseram que iam trocar e no fim não deu em nada. Mas eu reclamo tudo...

**P:** A gente tem direito! A gente já paga tantos impostos...

**AD:** Eu reclamo tudo. Podem me chamar de chata, mas eu quero os meus direitos. Porque a gente tem direito, não é bem?

**P:** Claro!

**AD:** Então, você não pode ser lesada.

**P:** E é justamente isso que eu também queria despertar em vocês. Porque vocês têm direito. E mostrar quais são os direitos de vocês.

**Ana (AN):**

**P:** O que a senhora achou das duas primeiras reuniões?

**AN:** Eu acho excelente. Eu conversei com elas também e estão achando ótimo. Eu acho que a gente tem bastante informação. Por exemplo, a gente nunca liga pra comprar uma mercadoria e ficar olhando o rótulo, às vezes, nem a validade. Aí, ontem eu fui pegar um vidro de ervilha, aí eu falei: “**nossa!** Deixe eu olhar a validade!” Aí, eu vi que era até 2009 e que foi fabricado neste ano [...] Então, eu acho que nós estamos tendo novas informações [...] Você pode orientar o que a gente tá comendo errado... O que a gente pode comer... Porque eu acho isso muito importante.

**P:** A senhora acha que os temas abordados relacionam-se com sua vida?

**AN:** Eu acho.

**P:** É possível seguir as recomendações que foram abordadas?

**AN:** Sim. Porque isso era uma coisa que antes... a gente nem ligava. E agora, a gente já observa mais.

**P:** A senhora já teve tempo pra ir ao mercado, após a reunião?

**AN:** No mercado eu acabo indo pouco. Eu faço uma listinha e meu marido vai pra mim. Agora, carne eu só compro no açougue da Tânia. Porque a gente sabe que é tudo limpinho e de qualidade. Mas isso é uma coisa que eu sempre fiz [...] A única coisa que eu te falei é que lá na Predilecta, eles disseram que o alimento tem um tempo de validade de um ano a mais do que tá marcado. Então, por exemplo, lá na igreja a gente ganha muito alimento. Então, às vezes, vem uma lata de sardinha, de ervilha ou de qualquer coisa... e a validade já passou dois meses. Mas, como eu aprendi lá... a gente abre a lata, cheira e vê como é que tá. Tá tudo bem, normal... a gente usa e até hoje foi tudo bem. A gente não tem tido problema com isso daí.

**Lúcia (L):**

**P:** O que a senhora achou das duas primeiras reuniões?

**L:** Eu to adorando. Tá muito boa.

**P:** A senhora acha que os temas abordados relacionam-se com sua vida?

**L:** Eu acho que sim. E muitas coisas que você passa pra gente... Eu fiz o curso lá do SESI. Então, lá eu aprendi muitas maneiras de me alimentar melhor em casa. Por exemplo, antigamente, a gente ia fazer uma macarronada, tinha uma maionese, tinha carne. Não pode misturar esse tanto de comida num único almoço. Então, isso eu nunca mais fiz faz anos... só quando o meu filho pede. Então, muita coisa lá eu já aprendi.

**P:** A senhora percebeu alguma mudança de comportamento com os nossos encontros?

**L:** Olha, os produtos que eu sempre comprei, eu não vou mudar. É sempre a mesma qualidade. Quando eu compro alguma coisa diferente, que não é de rotina, aí, eu olho

**P:** O que a senhora olha?

**L:** Eu olho tudo. Gordura, colesterol e outras coisas que é artificial. Eu não compro. Não gosto! Não gosto porque você lembra antigamente que tinha aqueles pacotinhos de suco... É uma tinta na mão da gente. É só corante. E naquela época a gente comprava porque era mais o usado.

**P:** Foi possível adquirir novos conhecimentos?

**L:** Ah, sim! Pra mim foi bem melhor. Me abriu mais a mente pra estar aprendendo algo com mais certeza. Porque tinha hora que a gente tinha dúvida. A gente sabia, tinha alguma noção, mas tendo a aula com você passando pra gente da maneira correta, a gente fica mais tranquila em seguir a coisa certa.



**P:** Mas tem alguma coisa diferente que a senhora percebeu que começou a adotar após as nossas reuniões?

**L:** Ah, sim. Com certeza! Essa semana mesmo eu estava comentando com meu filho... [...] o que era mesmo que eu tava falando pra ele?

**P:** É bom a gente conversar com outras pessoas, né? Vai reforçando...

**L:** Exatamente! A gente vai gravando aquilo e ficando instruída, né?! Porque eu não sou muito bem desenvolvida... Eu sou bem...

**P:** Mas todo mundo tem capacidade. E a senhora está tendo a oportunidade.

**L:** Exatamente. E conversando com os meus meninos... e eles falaram: “mãe, eu to contente de ver a mãe desse jeito! Porque a mãe tá indo bem! Fazendo isso e aquilo como o trabalho manual, como o da nutricionista e tal. É uma boa pra mãe! A cabeça da mãe não tá aí parada no tempo. Eu to gostando de ver!”

**P:** Isso!

**L:** E nesse mês eu to procurando... Parece que eu to fazendo mais coisas diferentes dentro de casa. Eu tive mais ânimo. E isso já foi bom.

### **Maria (M):**

**P:** A senhora pegou uma lupa pra ler os rótulos?  
(*Risos*).

**M:** Você consegue ler? Você não usa óculos, né?

**P:** Não uso. Eu consigo ler.

**M:** É difícil, não é?

**P:** É. É difícil ler essas letrinhas, né D. Maria?

**M:** É.

**P:** Essa lupa a senhora já tinha, né?

**M:** Ah, sim! Essa lupa já é velha.

**P:** A senhora já usa faz tempo, então. E agora a senhora a reviveu pra ler as coisas.  
(*Risos*).

**M:** Isso! É isso mesmo! A bula (*risos*), ou alguma outra coisa. Mas, você sabe que você vai no supermercado e não lê nada... [...] Eu gosto muito desse daí, sabe? (*é um molho pronto pra saladas*). Mas agora... **nossa!** Hoje é que eu fui ver com a lupa. Eu falei: “meu Deus! Acho que tem bastante coisa que eu não posso.” [...] É o açúcar... bastante gordura também parece que tem... e o sal também, né?

**P:** Sim. Tem muito sal. Todos esses produtos industrializados que eu falei pra vocês, precisa tomar cuidado. Porque têm muitos aditivos e, pra vocês que têm pressão alta, têm muito sal... que é um problema.

**M:** É. E eu tava querendo saber porque amarra... É... No fim sou eu que estou fazendo as perguntas.

**P:** Não tem problema. Pode perguntar.

**M:** De vez em quando, eu gosto de fazer lasanha. E ela, às vezes, tá com uma massa. É diferente. Há uns tempos atrás não era. E agora, pra mim ela tem goma.

**P:** A senhora usa aquelas massas pré-prontas?

**M:** Isso.

**P:** Acho que depende um pouco da marca também. A goma tem que nem aquela função da geléia... pra dar aquela consistência mais cremosa.

**M:** Então! Eu acho que é isso que eles põem.

**P:** A senhora acha que tem um gosto diferente?

**M:** Não é no gosto que eu sinto, é na textura.

**P:** A senhora faz sempre com a mesma marca?

**M:** Não. Mas, eu acho que antes... Antigamente, não era assim. Eu não faço sempre.

**P:** Então! A senhora poderia experimentar uma outra marca.

**M:** Qualquer hora eu vou fazer e vou levar lá pra você ver o jeito que ela fica.

*(Voltando a falar do molho pra saladas...)*

**P:** Então! Todos eles têm açúcar também.

**M:** Tem, né?

**P:** Se isso é uma coisa que a senhora gosta de comer, eu não vou falar pra senhora... não comer, né? Se é um gosto da senhora, tudo bem. Mas é bom não exagerar.

**M:** Porque eu vejo que eu não preciso por sal, azeite... Não preciso por nada.

**P:** Não, né? Mas, de repente, não seria melhor a senhora usar mais o azeite e nosso temperinho aqui de casa do que aquele monte de coisa industrializada todo dia?

**M:** É verdade! *(Risos)*.

**P:** Então, é isso que eu tento passar um pouquinho pra vocês.

**M:** Claro!

**P:** Pra vocês saberem o que tem nos rótulos e poderem escolher coisas melhores pra saúde.

**M:** Eu nunca li... Agora eu to tentando ler mais *(risos)* [...] Tá muito bonito o rótulo, a apresentação, mas eu acho que não dá pra ler direito. Tá muito preto. Eles deviam fazer uma coisa diferente [...] Eu to tentando ler o valor nutricional, mas não dá pra eu ler quase nada.

**P:** E no mercado? Dá pra ver alguma coisa?

**M:** Algum dá. Mas pouco. Tem produtos que dá, mas outros não.

**P:** A senhora já foi no mercado após o nosso encontro?

**M:** Já.

**P:** A senhora percebeu alguma coisa de diferente no olhar da senhora?

**M:** Eu acho que não. Mas parece que agora os rótulos têm a obrigação de por todos esses valores, né?

**P:** Tem. Eles são obrigados a colocar.

**M:** Essa parte é que eu notei. A data eu sempre olho mesmo... de validade. Sempre eu leio. E, às vezes, eu compro alguma coisa e falo assim: “ai, meu Deus! Daqui pra frente...”

**P:** E no açougue? A senhora foi após a nossa conversa?

**M:** Fui.

**P:** A senhora foi lá com outros olhos, tentando observar o que nós comentamos?

**M:** Ah! Isso eu sempre olhei. Carne moída eu nunca comprei já moída. Eu mando moer. Eu compro pros meus cachorros e já compro pra mim.

**P:** A senhora está gostando dos encontros?

**M:** Eu estou, só que... eu nem devia estar comentando isso com você. Tem uma ou outra pessoa lá que é exagerada... Tem umas lá que perguntam coisas que eu acho que era mais com a psicóloga do que com você *(risos)*. E, aí, elas falam, falam, falam e, aí, você não pode falar. Você não consegue. Tem coisas que é ótimo porque, às vezes, você aprende também com as dúvidas dos outros.

**P:** Mas é que alguns acabam se empolgando... e falando um pouco mais.

**M:** Mas tem coisas lá que são problemas pessoais.

**P:** Inclusive, lá, eu falo sobre esse problema do tempo que nós temos. A senhora percebeu como passou tão rápida nossa reunião da semana passada? E eu fiquei chateada...

**M:** Eu percebi que você quer falar, mas elas não deixam. Elas falam, falam.

**P:** Não. Imagina! Fica tranquila! O problema é que o tempo lá é muito curto.

**M:** Então... Mas se as pessoas não exagerassem naquelas perguntas... A Ana eu acho que ainda é melhor, mas têm duas lá que... só perguntam coisas pessoais.

**P:** É assim mesmo D. Maria... têm algumas pessoas que falam mais, outras falam menos...

Eu vejo que a senhora já é uma pessoa mais quietinha... Elas falam demais e não dão espaço pra senhora falar (*risos*).

**M:** Pra falar a verdade, eu gosto mais de ouvir do que de falar. Porque eu acho que eu aprendo mais. A não ser que seja alguma coisa que eu tenha dúvida... como agora.

**P:** Uma coisa mais pessoal, né? É por isso que nós temos esses momentos aqui na entrevista, que é um momento só nosso. Onde nós podemos conversar alguma dúvida que ficou.

**M:** Isso! Porque eu quero aprender!

**P:** Que nem a senhora está falando, que está tentando observar mais os rótulos...

**M:** Isso. E agora que eu chego em casa, eu vou ler e **nossa!** Eu vejo que eu não devia ter comprado.

**P:** Mas, agora a senhora já sabe. E, como eu já disse, se isso é uma coisa que a senhora gosta, eu não vou proibir, mas tome cuidado... porque a senhora já tem uma certa idade e esses produtos têm muito conservantes.

**M:** Isso! Conservantes e muito sal.

**P:** Por isso que eu falo pra senhora tentar diminuir o consumo.

**M:** Como o caldo de carne, que você também falou, né? Depois que eu fiquei viúva, eu quase não uso, mas antes... **nossa!**

**P:** Então, a senhora pode fazer um caldo de carne natural em casa. Porque, aí, a senhora sabe o que está colocando.

**M:** Então... Agora eu tenho feito. Porque um pedacinho de carne pra mim já é bastante.

Eu já estou falando muito, né?

**M:** Não! Eu quero que a senhora fale. Inclusive, eu queria saber se a senhora está gostando das reuniões...

**M:** Ah... Eu to!

**P:** Se a senhora acha que está aprendendo alguma coisa...

**M:** Eu acho que a gente sempre tem alguma coisa pra aprender.

**P:** É possível seguir as recomendações que foram abordadas?

**M:** A limpeza eu sempre olhei. Eu sou meio exigente... até com a empregada aqui. No começo eu deixava ela cozinhar, mas depois que eu vi certas coisas...

**P:** Aí, a senhora desistiu e resolveu fazer?

**M:** É. Porque eu sei o jeito que eu lavo as verduras, né? [...] Mas, eu gosto porque eu estou sempre aprendendo alguma coisa. E mesmo com algumas perguntas.

**P:** Então, a senhora não sabe me falar alguma coisa que mudou...

**M:** Pra mim não mudou nada.

**P:** Só que a senhora teve um conhecimento mais técnico...

**M:** Isso! É isso mesmo [...] E também tem uma coisa que você falou sobre produtos vencidos... Eu já cheguei a devolver produtos. Foi com o leite desnatado... Ele estava com um gosto horrível.

**P:** Todo mundo já teve alguma experiência com leite. E tem que reclamar mesmo!

**M:** A Sadia é ótima nessa parte. Ela aceita o produto de volta e manda até mais do que estava estragado [...] Eu vou aproveitar que você está aqui e vou pegar mais um (*rótulo*).

*(Risos).*

**P:** Creme de ervilha. A senhora não conseguiu ler?

**M:** Agora eu to conseguindo um pouco. Mas, lá, acho que tava meio escuro...

**P:** Vamos ver o que tem aqui... Farinha de ervilha, sal, açúcar, torresmo, bacon... que dão aquele gostinho...

**M:** Por isso que é gostosa...

**P:** E ele tem um realçador de sabor. Tenta ver! Realçador de sabor glutamato monossódico. Existem vários estudos indicando que este produto é cancerígeno. É o famoso “Ajinomoto”.

**M:** É?

**P:** A senhora poderia comprar a ervilha natural e fazer uma sopa em casa. É que esta aqui é bem prática.

**M:** Acho que é por isso que a gente se acomoda, né?

**P:** Falar que a senhora não tem tempo... Acho que não é o caso, né?

*(Risos).*

**M:** Não! Não é!

**P:** Muitos problemas com a nossa cabeça acabam refletindo na nossa alimentação. Então, vai muito da nossa consciência de tentar cuidar um pouco mais da nossa saúde [...] A senhora vai na ginástica... É da consciência que isso vai fazer bem pra senhora, que vai melhorar a saúde, que a senhora vai ficar mais animada. E, em relação à alimentação, também é uma preocupação com a nossa saúde, né?

*(Maria concorda).*

**P:** Se isso é uma coisa que a senhora gosta ou é um dia que senhora está meio sem tempo, mas... procure fazer uma alimentação mais natural. Sem tantos produtos industrializados. Principalmente nesta faixa etária. É preciso tomar mais cuidados.

**M:** Agora falam que nem precisa comer muito, né?

**P:** Não precisa comer muito, mas o que come precisa ser de qualidade. Não é, dona Maria?

*(Maria concorda).*

**M:** Acho que nesta parte eu falho mesmo.

**P:** Mas, uma coisa é a gente ter consciência que tem alguma coisa errada, e aí, a gente ter força de vontade pra modificar, não é? [...] Porque a senhora está indo lá nas reuniões e está adquirindo conhecimentos. Por isso que eu vim aqui conversar com a senhora... pra ver se teve alguma mudança.

**M:** Daqui pra frente vai ter, viu!

*(Risos).*

**P:** Então, tá bom! Era isso que eu queria despertar em vocês! Essa consciência de uma boa alimentação e de que é importante pra vocês isso [...] Como eu já disse, eu não vou proibir nada que a senhora coma. Mesmo porque eu não estou aqui 24 horas por dia vendo o que a senhora faz, não é? Então, vai da consciência da senhora. O que a senhora faz...

**M:** Eu antes queria emagrecer e achava que essas sopas iam me ajudar. Mas, não é, né? É ao contrário.

**P:** Então, dona Maria, a gente acaba querendo facilitar uma coisa e acaba piorando outra. Porque esses produtos não têm tantas calorias, mas têm muitos conservantes.

**M:** E eu tomo remédio pra pressão e depois como esse negócio salgado.

**P:** Então, dona Maria. Eu não proíbo nada.

**M:** Só orienta.

**Virgínia (V):**

**V:** Sabe, eu gosto muito de ovos, mas eu como só dois por semana. E eu compro ovos grandes. Mas, eu me enganei na hora da compra e comprei os ovos pequenos. Eu levei na quitanda pra trocar, mas ela não trocou a caixa porque eu já tinha aberto a embalagem.

Eu levei a notinha e ainda estava dentro do prazo de validade, mas ela não quis trocar.

Eu costumo ir no mercado com tanta pressa... e tava cheio de gente. O governo diz que tem que pegar a nota fiscal, mas eu não pego não. Mas, hoje ela me deu.

**P:** Mas, precisa pegar! É um comprovante! Se a senhora tiver qualquer problema...

**V:** É verdade! Mas agora eu não sou mais boba, não! [...] Eu costumo comprar e ela marca. Ela junta todas as notas e depois eu pago. Aí, eu vou lá pra pagar e ela rasga as notas. Ela não devia rasgar! Ela devia dar pra mim.

**P:** Claro! Pra senhora poder conferir o que comprou e o que pagou.

**V:** Pois é... E no fim a gente confia na palavra das pessoas.

**P:** O que achou dos nossos encontros?

**V:** Eu to adorando... E comento aqui com os meus... inclusive a minha neta...

**P:** Foi possível adquirir novos conhecimentos no primeiro encontro?

**V:** Ah, sim! Aquela primeira reunião sobre o aparelho digestivo! Foi tão boa! Eu gostei! Achei que foi bem esclarecedora pra gente.

**P:** É possível seguir as recomendações que foram abordadas?

**V:** Como eu moro sozinha, eu não estou comendo nem na hora certa, porque eu to levantando tarde. Então, eu to tomando o leite, como meio pão com mel.

**P:** A senhora precisa se preocupar com a alimentação da senhora, com a saúde da senhora... Por mais que a senhora esteja aqui morando sozinha, a senhora precisa ter essa preocupação!

**V:** Eu estou lá fazendo o curso e parece que eu estou mais animada pra mim comer. Eu comecei a comer na hora certa. No intervalo eu como uma fruta [...] Você está explicando sobre a alimentação da gente... Então, eu percebo que o curso está me fazendo bem.

**P:** Então, a senhora está tentando modificar, não é?

**V:** Eu estou. E eu emagreci [...] Outro dia eu vi uma reportagem que estava falando sobre comer pouco. E é isso mesmo, né? [...] Antes de começar o nosso curso, eu tinha na minha fruteira banana, abacaxi, laranja... Eu comia às vezes, quatro bananas por dia. É muito, né? Banana é calórica, não é? Eu adoro banana! [...] Eu comia doces o dia inteiro... umas dez vezes por dia [...] Eu comia linguiça fritinha quase todo dia.

**P:** E sobre o nosso último encontro sobre rótulos de alimentos?

**V:** Foi muito bom, porque eu não tinha essa curiosidade de ver o que é que vai naquilo que a gente está comprando. E, agora, eu estou mais atenta [...] Eu ainda não fiz compra este mês. Mas, eu não vou com ninguém, porque eu quero ir tranquila, pra poder ver, pra ler o que vou comprar.

**Dirceu (D):**

**P:** Sobre esse problema que o senhor tem de diabetes... É uma realidade pro senhor verificar os rótulos dos alimentos ou o senhor compra mesmo só pelo preço?

**D:** Inclusive, eu to até com um rótulo aqui que tava alertando que tava perto da data de vencimento... Acho que é iogurte, né?

**P:** É porque quando já está perto da data de vencimento, eles fazem promoção.

**D:** É que eles não querem perder o capital.

**P:** Mas, o senhor pode consumir.

**D:** É, mas rapidamente.

**P:** É só o senhor comprar na quantidade que dê tempo...

**D:** É na quantidade adequada pra não estragar. Porque a confiabilidade é muito pequena.

**P:** É. Mas enquanto está dentro do prazo de validade, eles precisam garantir [...] O que o senhor está achando dos nossos encontros?

**D:** To achando interessante. Tá bom. Acho que é isso mesmo. Primeiro tem que dar uma noção geral, depois, partir pro específico.

**P:** E sobre o nosso primeiro encontro, especificamente, foi possível adquirir novos conhecimentos?

**D:** Aquela parte de geral que você comentou, a gente nunca consegue captar 100%. Por exemplo, aquela parte de mastigação, deglutição... isso daí.

**P:** E eu ainda falei bem resumidamente sobre aquilo.

**D:** Não! Mas está certo! Mas tem que ser! Porque se você começar a detalhar aí sai fora... Mesmo assim, a turma ainda tava atropelando....

**P:** Os temas abordados relacionam-se com sua vida?

**D:** Acho que sim.

**P:** É possível seguir as recomendações que foram abordadas?

**D:** Não percebi muitas mudanças. Sabe o que é? Quem prepara a alimentação é a empregada. E ela sempre força pro lado do... (*para alimentos não tão saudáveis*). E ela não é diabética... [...] A outra... a minha companheira... essa sim! Ela tinha pressão alta e diabetes... Então, ela procurava fazer uma alimentação mais correta. Mas, essa funcionária é mais nova... Então, ela não tem problema de saúde... e ela procura forçar pro que ela gosta.

**P:** O senhor já deve ter ouvido falar que a alimentação pra quem tem diabetes e pressão alta é, na verdade, uma alimentação normal, que todo mundo deveria fazer e não faz. Por isso é que existe tanto problema de obesidade, de colesterol alto... triglicérides... [...] Então, isso é uma coisa que ela não tem costume de fazer, mas com o senhor alertando pra ela, com o conhecimento que o senhor está adquirindo lá no curso, seria tão bom pro senhor quanto pra ela e pra família dela.

**D:** É [...] Eu to procurando beber mais água.

**P:** Isso é muito bom! E em relação aos rótulos... o senhor foi no mercado após a nossa reunião?

**D:** Sim.

**P:** E o senhor conseguiu aplicar o que nós conversamos?

**D:** Ah... Não mudou muito. Muitas coisas eu já via, como a água que fica pingando do freezer... Eu reparo nisso.

### **Sueli (S):**

**S:** Eu fui no médico e ele disse que estava alto o meu triglicérides, então, eu dei uma apressada pra saber mais sobre tudo o que se transforma em açúcar.

**P:** Isso.

**S:** Então, é arroz, trigo, macarrão, mandioca. Fubá eu posso?

**P:** Também não. Na verdade, não é que a senhora não pode, mas é bom evitar.

**S:** Eu comia muito bolo, mas por causa do triglicérides, eu tive que evitar. Agora, eu estou tendo mais cuidado com a alimentação.

**P:** Por causa do triglicérides, né?

**S:** É. Faz duas semanas.

**P:** O que a senhora está achando dos nossos encontros?

**S:** To adorando! Especialmente você! A sua maneira de dar a aula. O seu jeitinho... Eu to falando o que eu to sentindo. A gente sai de lá sabendo mesmo... entendendo a aula. Está sendo muito prazeroso pra gente estar assistindo às suas aulas.

**P:** Foi possível adquirir novos conhecimentos?

**S:** Sim. Todos esses cuidados com a alimentação... com o que a gente vai comprar eu já sabia muita coisa. Mas alertou. Especialmente, fez com que a gente tomasse consciência de que, na verdade, nós devemos tomar todos esses cuidados com o que a gente tá comprando. Eu acho muito válido, muito bom! Você está dando um alerta. Todo mundo fica mais esperto [...] Na verdade, não foi nenhuma novidade, mas que alertou... [...] Então, eu acho que até alguma coisa também foi novidade. Eu não sabia tudo. Acho que ninguém sabe tudo nunca. Você tá alertando também. Tem coisas que a gente sabia, mas fazia de conta que não sabia (*porque não coloca na prática*). Então, tá acrescentando muita coisa pra gente.

**P:** A senhora acha que os temas abordados relacionam-se com sua vida?

**S:** Sem dúvida. Tem tudo a ver com a Terceira Idade. É que a gente quando é mais nova não se cuida. Então, a gente abusa.

**P:** E agora não abusa mais, dona Sueli?

(*Risos*).

**S:** A gente abusa de vez em quando. E já abuso menos. Eu acho que eu nunca vou deixar de abusar, viu! Mas, eu digo que eu não posso jurar, eu prometo. Mas, de vez em quando eu quebro a minha promessa (*risos*).

**P:** É possível seguir as recomendações que foram abordadas?

**S:** Como eu disse, eu passei a ter mais consciência, a ter mais cuidado na hora de comprar um alimento.

**P:** A senhora já foi fazer compras após a nossa reunião?

**S:** Fui. E eu me lembrei de você! (*Risos*). Então, a gente já vê data, validade, qualidade.

**P:** A senhora não via isso antes?

**S:** Eu até via, mas tem muita coisa que eu ia comprando sem olhar muito. Então, a gente já ficou mais atenta a isso.

**P:** Foi um alerta?

**S:** Foi um alerta na hora certa, eu acho. Você está passando muitos alertas, e nós precisamos criar... (*Risos*).

**P:** ...criar vergonha na cara, né? (*Risos*).

**S:** É... Criar vergonha na cara, pra não correr riscos maiores [...] Em relação ao consumo de água, eu passei a ficar mais alerta. Então, eu lembro e to lá perto e já tomo um copo de água. Agora eu tomo uns 3 ou 4 copos. Antes era bem menos.

### Clarice (CL)<sup>17</sup>:

**P:** O que a senhora achou da nossa primeira reunião?

**CL:** Eu gostei.

**P:** Foi possível adquirir novos conhecimentos?

**CL:** Ah, sim! Você foi bem clara. Não ficaram dúvidas. Eu anotei tudo e depois eu li em casa.

**P:** A senhora acha que o tema abordado relaciona-se com sua vida?

---

<sup>17</sup> Não participou do segundo encontro.

**CL:** Tem tudo a ver.

**P:** É possível seguir as recomendações que foram abordadas?

**CL:** Então... Na primeira aula não foram discutidas muitas mudanças.

**Cristina (CR):**

**CR:** Eu mudei. Eu vou te falar! Quando eu ia no supermercado antes eu via só data de validade. Agora, eu to vendo mais coisas. Eu to levando os óculos... que eu não levava e to vendo tudo. Se tem gordura saturada, se tem gordura trans, se tem colesterol. Porque, às vezes, tem algum produto que é o mesmo e é sem colesterol. Então, eu to pegando o que não tem colesterol, entendeu? Então, isso são coisas que eu já mudei e to demorando mais no supermercado. Depois que saiu a trans, ainda eu via. Mas se tinha em alguma coisa que a minha filha gostava, eu acabava comprando. Agora, eu não compro mais. Eu acabo comprando tudo o que você falou (*risos*) [...] Fico mais horas no supermercado. Eu to mudando tudo.

**P:** Que bom! E mudou a alimentação na sua casa?

**CR:** Eu to mudando. Eu comia totalmente errado. Já de manhã, eu comia dois ou três pães e tudo aquilo que eu te falei. Agora, eu to tirando um pouco porque eu tomo café [...] Porque o meu filho não gosta de comer de manhã fruta... essas coisas. É só pão ou bolo. E tá errado isso! E eu tenho que botar na cabeça dele isso [...] Eu já mudei. Agora, eu quero mudar ele também [...] Eu também exagerava. Eu não comia um pão só, eram dois por dia. E a minha médica começou a pegar no pé também. Mas agora eu to tentando. E agora, de manhã, eu não *como* mais bolacha recheada. A gente comia de três pacotes de manhã. Agora eu não coloco mais na mesa. E dificilmente eles vão lá pegar.

**P:** Não tendo em casa, às vezes, é mais fácil, né D. Cristina?

**CR:** Eu evito de comprar também. Não to comprando mais essas coisas, não. Porque meu filho já teve colesterol [...] Meu filho tá comendo um pouco mais verduras, legumes... Antes ele não comia nada. Ele não gosta muito, mas em casa ele come um pouco [...] No fim de semana, eu fazia macarronada, maionese, carne assada... Agora eu to mudando. Eu to tentando tirar um pouco isso daí. Eu cozinho todos os legumes e verduras (que seriam para a maionese). Ponho na mesa. Cada um tira no seu prato e faz. Mas, a maionese eu não estou fazendo mais. É a salada [...] O namorado da minha filha adora maionese. E eu fazia pra todo mundo e colocava naquelas barquetezinhas e a gente ficava comendo aquilo lá a tarde inteira. Agora, cada um pega a salada mesmo... a cenoura, tomate, alface, batata, vagem... e cada um tempera no seu prato.

**P:** Muito bem! [...] E a senhora gostou das nossas duas primeiras aulas?

**CR:** Eu gostei. Eu vou te falar uma coisa, esse horário pra mim está sendo terrível, mas eu não quero perder, porque eu gostei desde o primeiro dia. Muita coisa que eu não sabia eu to aprendendo. Porque naquele corre e corre do dia-a-dia você faz as coisas mais fáceis. Porque eu como muito mesmo. Mas, agora, eu to parando mais pra ver as coisas que eu não fazia muito certas [...] Então, pra mim está sendo muito bom! Muito bom mesmo! Porque a gente nunca teve noção. Você vai indo, sabe? Mas... [...] Então, está sendo muito bom porque a gente tá aprendendo.

**P:** Tem alguma coisa de diferente que a senhora aprendeu e que está tentando colocar em prática?

**CR:** De diferente tá aquilo tudo que eu já te falei [...] No supermercado já mudou e em casa eu já pto pensando mais pra formar o cardápio do dia. Não é mais tudo aquilo lá, sabe? [...] Eu fazia carne com batata, carne com mandioca. Agora, eu to só cozinhando a carne e depois coloco um



pouquinho de azeite quando faço com a cebola [...] Então, eu acho que eu já mudei bem. E eu espero mudar mais ainda. E chegar lá!

**P:** Vai sim! Com certeza! Só depende da boa vontade.

**CR:** Verdade! (*Risos*). Depende do nosso estímulo [...] Então, pra mim tá sendo muito bom e eu tava precisando.