

Matheus Augusto Callegari

**Perfil de Pacientes Participantes de Grupos de
Promoção à Saúde Como Estratégia de
Mudança no Estilo de Vida**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade de Medicina, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho– UNESP – Campus de Botucatu, para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Rogério Romero

Co-orientador: Prof (a). Dr (a). Cristiane Murta Ramalho Nascimento

Botucatu

2019

Matheus Augusto Callegari

Perfil de Pacientes Participantes de Grupos de Promoção à Saúde Como Estratégia de Mudança no Estilo de Vida

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade de Medicina, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho– UNESP – Campus de Botucatu, para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador (a): Prof. Dr. Luiz Rogério Romero

Co-orientadora: Prof. Dra. Cristiane Murta Ramalho Nascimento

Botucatu

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Callegari, Matheus Augusto.

Perfil de pacientes participantes de grupos de promoção à saúde como estratégia de mudança no estilo de vida / Matheus Augusto Callegari. - Botucatu, 2019

Trabalho acadêmico (residência - Residência Multiprofissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Luiz Rogério Romero

Coorientador: Cristiane Murta Ramalho Nascimento

Capes: 40602001

1. Atenção primária à saúde. 2. Promoção da saúde. 3. Educação em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Promoção da Saúde.

Matheus Augusto Callegari

**Perfil de Pacientes Participantes de Grupos de Promoção à Saúde Como
Estratégia de Mudança no Estilo de Vida**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Rogério Romero

Comissão examinadora:

Prof. Dr. Luiz Rogério Romero

Prof (a). Dr (a). Eliana Goldfarb Cyrino

Ms. Estela Maria Barim

Botucatu, _____ de _____ de _____.

Dedicatória

À minha família, por todas as oportunidades e incentivos que me foram dados para estudar.

Devo tudo o que tenho a vocês.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Luis Rogério Romero pela orientação, conselhos e amizade durante toda a execução desse trabalho. Obrigado por ser um exemplo de profissional a ser seguido.

À Profa. Dra. Cristiane Murta Ramalho Nascimento pela oportunidade de desenvolver meu trabalho dentro do seu maravilhoso projeto. Agradeço toda a ajuda com o banco de dados, pelos conselhos e contribuições dadas.

À Ms. Estela Maria Barim pelas contribuições dadas a esse trabalho e também todo o apoio durante a residência, nos bons e maus momentos. Levarei para sempre o seu exemplo como profissional competente e humanizada.

À Prof. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino pelas valiosas considerações e apoio enquanto docente e supervisora do Centro de Saúde Escola para o desenvolvimento das atividades do Grupo de Mudança de Estilo de Vida (MEV).

À minha família por tudo aquilo que fizeram e ainda fazem por mim.

À Juliana por todo o companheirismo ao longo desses anos. Obrigado por caminhar ao meu lado em todos os momentos.

Aos moradores e ex-moradores da República Paracetamal por ser a minha segunda família e por me ensinarem o verdadeiro significado da amizade.

Às famílias Sartori e Lunardi por me acolherem em suas vidas.

À Julia Cury Cunha por estar ao meu lado nos últimos 7 anos compartilhando de momentos bons e ruins. Você é a irmã que a vida me deu e tem um espaço especial no meu coração.

À todos os colegas da turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família 2018-2020, em especial Caroline, Leandro e Olga, por todos os conhecimentos

compartilhados, momentos de descontração e reflexões que tivemos durante as 60 horas semanais dos últimos dois anos. Vocês não só me tornaram um profissional mais capacitado, mas também uma pessoa com visão mais ampliada em relação à vida.

Aos aprimorandos do Programa de Nutrição Clínica e Nutrição em Saúde Pública e aos alunos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso por todos os aprendizados e momentos vividos lado a lado.

À toda equipe do Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), em especial Carol, Estela e Samantha, pela amizade e contribuições na minha formação profissional.

À toda equipe da Unidade de Saúde da Família Santa Elisa pelo acolhimento, aprendizados proporcionados e amizade.

À equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Botucatu, em especial Eliane, Márcio e Mônica, por todos os momentos e conhecimentos compartilhados.

À equipe do Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas (SARAD), em especial Janice, por todas as discussões e plantões que compartilhamos.

À Marta Andrade pelas nossas (des)construções semanais. Cada pedaço desse trabalho tem um pouco das nossas conversas.

À Fabio Manoel Lopes (Cenoura) que, mesmo não compartilhando já há alguns anos momentos ao meu lado devido à distância, teve papel fundamental na minha formação enquanto pessoa. Hoje entendo que você me ensinou não só a ganhar medalhas, mas também a vencer as batalhas da vida.

Ao meu tio Henrique que sempre incentivou minhas decisões de estudar fora. Sempre terei muito orgulho em dizer que sou seu sobrinho.

À Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), campus de Botucatu, pelo desenvolvimento profissional que me foi proporcionado desde a graduação.

Epígrafe

“Gente é pra brilhar,
Não pra morrer de fome”
(Gente – Caetano Veloso)

RESUMO

CALLEGARI, M. A. **Perfil de Pacientes Participantes de Grupos de Promoção à Saúde Como Estratégia de Mudança no Estilo de Vida**. 2019. 60 f. Trabalho de Conclusão da Residência – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2019.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são atualmente a maior causa de morbimortalidade no mundo. No Brasil, os dados de DCNT apresentaram um crescimento alarmante nas últimas décadas e figuram entre os principais problemas de saúde do país. Visando responder a essa problemática, foi lançado pelo governo brasileiro o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011-2022) que tem como objetivo contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas que busquem prevenir e controlar as DCNT no país, tendo como pilares a vigilância de DCNT, a promoção da saúde e o cuidado integral. Diante disso, atividades em grupo têm sido utilizadas no contexto da Atenção Primária à Saúde por serem poderosas ferramentas de empoderamento e auxílio na tomada de decisões dos indivíduos. O objetivo do presente estudo foi descrever o perfil dos participantes de um grupo de mudança de estilo de vida (MEV) com foco em alimentação e exercício físico e o impacto da intervenção grupal sobre os parâmetros antropométricos, bioquímicos e de estilo de vida. Os grupos foram realizados semanalmente, com média de 10 reuniões de forma fechada. No início (AI) e final (AF) das atividades dos grupos foram realizadas avaliações individuais de todos os participantes por meio de protocolo de avaliação nutricional do serviço. A coleta dos dados foi obtida por meio da revisão dos protocolos do ano de 2017. Foram avaliados um total de 7 grupos. O perfil inicial demonstrou que os grupos foram majoritariamente frequentados pelo público feminino, com escolaridade igual ou superior a nove anos e com trabalho remunerado. Grande parte dos indivíduos eram portadores de DCNT ou de seus fatores de risco. A intervenção realizada não foi capaz de alterar as variáveis estudadas, com exceção da glicemia. Contudo, diversos fatores metodológicos podem ter influenciado os resultados obtidos. Dessa forma, podemos concluir que os grupos estão atingindo o seu público alvo, mas que ainda são necessários acertos metodológicos para avaliar a real efetividade das ações para a mudança do estilo de vida.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Educação em Saúde;

ABSTRACT

CALLEGARI, M. A. **Profile of Patients Participating in Health Promotion Groups as a Lifestyle Change Strategy.** 2019. 60 f. School of Medicine, São Paulo State University (Unesp), Botucatu, 2019.

Chronic noncommunicable diseases (NCDs) are currently the major cause of morbidity and mortality in the world. In Brazil, NCDs data exhibited an alarming growth in the last decades and are among the main health problems of the country. Aiming to respond to this problem, the Brazilian Government launched the Plan to Obtain Strategies for Coping with Chronic Noncommunicable Diseases in Brazil (2011-2022), which has contributed to the development of public policies that prevent and control the DCNT in the country, having as pillars NCDs surveillance, health promotion and comprehensive care. Therefore, group activities have been used in the context of Primary Health Care because they are important tools of empowerment and help in the decision making of individuals. The aim of this study was to describe the profile of the participants of a group of lifestyle change (SEM) with a focus on nutrition and exercise, as well as the impact of group intervention in the anthropometric, biochemical parameters and lifestyle. They were an average of 10 weekly meetings. At the beginning (AI) and final (AF) of the activities of the groups, individual evaluations of all the participants were carried out through a protocol of nutritional evaluation of the service. The data collection was obtained through the revision of the protocols for the year 2017. A total of 7 groups were evaluated. The initial profile showed that the groups were predominantly attended by the female audience, with education equal to or greater than nine years and paid work. Most individuals had CNCs or their risk factors. The intervention was not able to change the studied variables, with the exception of glycemia. However, several methodological factors may have influenced the results. In this way, the groups are reaching their target audience, but methodological adjustments are still needed to evaluate the real effectiveness of the actions to change the way of life.

Key words: Primary Health Care; Health promotion; Health education

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	14
2.1. Relação entre estilo de vida e o desenvolvimento de DCNT	14
2.2. Perfil do estilo de vida da população brasileira	16
2.2.1. Tabagismo	16
2.2.2. Alimentação.....	16
2.2.3. Uso abusivo de álcool.....	17
2.2.4. Atividade física.....	17
2.3. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011-2022).....	17
2.4. Atenção Primária a Saúde (APS) e suas potencialidades para a promoção do estilo de vida saudável.....	18
3. JUSTIFICATIVA.....	21
4. OBJETIVOS.....	22
4.1. Objetivos específicos.....	22
5. POPULAÇÃO E MÉTODOS	23
5.1. Delineamento do estudo.....	23
5.2. Local do estudo	23
5.3. Grupo de mudança de estilo de vida	25
5.3.1. Histórico do grupo	25
5.3.2. Fluxo do grupo	26
5.3.3. Metodologia para desenvolvimento das atividades em grupo.....	27
5.4. População do estudo	28
5.5. Coleta de dados	28
5.7. Análise estatística	29
6. RESULTADOS	30
7. DISCUSSÃO.....	34
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
9. REFERÊNCIAS	41

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são atualmente a maior causa de morbimortalidade no mundo, representando cerca de 70% das causas de morte, sendo grande parte de forma prematura (ABEGUNDE et al., 2007; SCHMIDT et al., 2011). Embora tenham apresentado crescimento global, as DCNT atingem principalmente países de baixa e média renda. Isso se deve ao contexto de vulnerabilidades enfrentado por essas populações, como a baixa escolaridade, pobreza, acesso reduzido a serviços de saúde, entre outras (ABEGUNDE et al., 2007).

Dados atuais estimam que o custo socioeconômico associado às DCNT entre países de baixa e média renda será de aproximadamente 7 trilhões de dólares entre 2011 e 2025 (SCHMIDT et al., 2011). Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO), aproximadamente 100 milhões de pessoas se aproximam da linha da pobreza a cada ano em países em que os cuidados com saúde são pagos (WHO, 2010).

Assim como no restante do mundo, o Brasil também apresentou aumento da prevalência de DCNT, principalmente a partir da década de 1960, potencializado pelos novos avanços da medicina em relação às doenças transmissíveis, ao aumento da expectativa de vida e também ao intenso processo de urbanização que paralelamente mudou o estilo de vida da população (PAIM et al., 2011). Atualmente, as DCNT respondem por 72,7% das mortes do país, com destaque para as doenças cardiovasculares, diabetes, respiratórias crônicas e neoplasias (MALTA et al., 2014). Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT são a inatividade física, o consumo nocivo de álcool, o uso de tabaco e a alimentação inadequada (WHO, 2013).

No ano de 2011 a Organização das Nações Unidas (ONU) convocou uma Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral para discutir estratégias de prevenção e controle das DCNT. Como resultado, o evento produziu uma declaração política dos países-membros ratificando o compromisso do desenvolvimento de ações para impedir o aumento das DCNT por meio da prevenção dos seus principais fatores de risco. Dessa forma, a redução das DCNT passou a ser colocada como uma necessidade global para o desenvolvimento da sociedade do século XXI (BEAGLEHOLE et al., 2012).

Assumindo sua responsabilidade perante essa problemática, no ano de 2011 foi lançado pelo governo brasileiro o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011-2022) que tem como objetivo

contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas que busquem prevenir e controlar as DCNT no país alinhadas às proposições e metas definidas pela OMS (BRASIL, 2011).

O Plano discute sobre estratégias para a abordagem integral das DCNT e considera que os determinantes socioambientais da saúde têm grande impacto no aumento das DCNT. Dessa forma, o plano inclui ações de prevenção, promoção, e cuidado integral à saúde, articulando ações regulatórias, intersetoriais e organização da rede de serviços, bem como a atuação da equipe na linha de cuidado, vinculação e responsabilização e produção da autonomia do indivíduo (BRASIL, 2011).

Diante desse cenário, ações por meio de grupos têm sido amplamente utilizadas no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), visto que são consideradas ferramentas importantes que permitem um maior entendimento por parte do usuário sobre o processo saúde-doença (MENEZES; AVELINO, 2016). Além disso, os mesmos também podem ser vistos como uma forma de racionalizar recursos financeiros e humanos, algo extremamente necessário dentro de um sistema de saúde universal e público.

Grupo pode ser definido como um “conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe, de forma explícita ou implícita, a uma tarefa que constitui a sua finalidade” (RIVIÈRI, 2000). Sendo assim, um grupo vai muito além do que a simples transposição de conhecimentos sobre determinados assuntos, tratando-se da interação entre diferentes sujeitos com distintas histórias, experiências e relações que por meio da dialética podem construir novas compreensões e, conseqüentemente, novos estilos de vida (DALL’AGNOL et al., 2007).

A OMS define estilo de vida como “o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização” (WHO, 2004). Sendo assim, podemos considerar que o estilo de vida não está apenas ligado ao plano individual de escolhas, mas também das oportunidades proporcionadas para que essas ocorram, visto que é impossível a adoção de uma determinada ação sem o seu conhecimento prévio e de um ambiente propício a isso.

Os grupos podem ser realizados a partir de diversos referenciais teóricos. Atualmente, têm se discutido na literatura questões relativas aos Grupos de Promoção à Saúde devido ao seu alinhamento com as diversas políticas nacionais de saúde. Dentro desse contexto, estudos sobre o impacto dessa modalidade de atendimento são de grande interesse para sua efetivação nos serviços de saúde, principalmente na APS.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Relação entre estilo de vida e o desenvolvimento de DCNT

O termo *Estilo de Vida* (EV) teve origem nas ciências humanas e sociais. Apoiada em diversos referenciais teóricos, como a sociologia compreensiva de Weber¹, a psicanálise, entre outros. EV pode ser compreendido como padrões grupais que são influenciados pela estrutura social, sendo que essa pode determinar comportamentos (MONTROYA; SALAZAR, 2010). Dessa forma, entende-se que o EV é resultante de fatores pessoais, como psíquicos e biológicos, e ambientais, podendo esses últimos ser diversos, variando desde questões familiares até relativas ao sistema socioeconômico vigente (MONTROYA; SALAZAR, 2010).

Nas últimas décadas, as ciências da saúde, principalmente a epidemiologia, passaram a dedicar grande parte de seus estudos para a compreensão da influência de diferentes estilos de vida sobre o processo saúde-doença buscando responder à problemática do aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) pelo mundo.

A Organização Mundial da Saúde (WHO) define EV como:

“o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício”(WHO, 2004).

Atualmente, os hábitos alimentares não saudáveis, a inatividade física, o consumo nocivo de álcool e o uso de tabaco são considerados pela organização como os principais fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de DCNT (WHO, 2013).

Em relação à alimentação, diversos estudos demonstram que o consumo de alimentos ultraprocessados, com altas quantidades de sódio, ricos em açúcares simples e com excesso de gorduras, principalmente as saturadas, está associado com o aumento do risco de diabetes, hipertensão, entre outras condições (CLARO et al., 2015; RAUBER et al., 2018). Além disso, a manutenção do consumo desses alimentos também se relaciona com agravamento do prognóstico (XAVIER et al., 2013; OLIVEIRA; MONTENEGRO JUNIOR; VENCIO, 2017). Por outro lado, o consumo regular de frutas, verduras, legumes, a ingestão de carnes e laticínios magros e o uso moderado de sódio são considerados fatores de proteção para o

¹ Max Weber, pensador alemão dos séculos XIX e XX. Seus trabalhos são considerados importantes pilares para a Sociologia.

desenvolvimento de DCNT (MACGREGOR, 2011; BERNAUD; RODRIGUES, 2013; HE; XAVIER et al., 2013; OLIVEIRA; MONTENEGRO JUNIOR; VENCIO, 2017).

O uso do tabaco ainda se mantém no topo das causas de mortes evitáveis (HHS et al., 2014). Estima-se que exista 1,1 bilhão de fumantes no mundo, sendo que a grande maioria dos indivíduos vivem em países de baixa e média renda. A problemática em torno do uso do tabaco e DCNT está ligado, principalmente, ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas e câncer. A cada ano o tabagismo é responsável por, aproximadamente, 157 mil infartos agudos do miocárdio, 63 mil diagnósticos de câncer e 75 mil acidentes cerebrovasculares no Brasil, gerando um custo em torno de 23 bilhões de reais ao sistema de saúde brasileiro (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015).

Quanto ao consumo de bebida alcoólica, essa está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento de câncer, doenças cardiovasculares, hepáticas e pancreáticas (PARRY; PATRA; REHM, 2011). Em relação ao câncer, diversos estudos demonstram que existe uma relação entre doses consumidas e o desenvolvimento de diferentes tipos de câncer. Um consumo adicional de 10g de álcool ao dia aumenta em 7% o risco de desenvolvimento de câncer de mama e o uso de 50g/ dia eleva entre 10% e 20% o risco de câncer de colo retal (REHM et al., 2010). Os custos sociais do uso abusivo do álcool no Brasil são enormes, situando ainda como grande desafio para todos os seguimentos da sociedade (MELONI; LARANJEIRA, 2004).

A inatividade física é considerada um dos mais relevantes problemas de saúde pública. Diversos estudos tem associado a falta de atividade física com o aumento da prevalência e incidência de DCNT (WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006). Pode ser considerado como atividade física todo movimento corporal propiciado pela musculatura esquelética e que resulta em gasto energético, como jogos, lutas, esportes, deslocamentos, entre outros, sendo composto e determinado por fatores biopsicossociais, culturais e comportamentais (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985; PITANGA, 2008). São considerados como fatores que influenciam na inatividade física o sexo, o aumento da idade, cor da pele/raça, nível de escolaridade e possuir automóvel (ZANCHETTA et al., 2010).

2.2. Perfil do estilo de vida da população brasileira

Neste tópico discorre-se sobre o perfil de estilo de vida da população brasileira em relação aos principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT. Para tanto, foi utilizado como referencial teórico os Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2018). Este material se configura como um dos principais instrumentos de vigilância em saúde desenvolvido pelo governo federal.

2.2.1. Tabagismo

Dados da VIGITEL demonstram que 10,1% da população adulta brasileira faz uso de tabaco, com maior proporção para o sexo masculino (13,2%). Além disso, a frequência de fumantes foi maior entre indivíduos com idade entre 45 e 64 anos. O hábito de fumar também foi associado com os anos de escolaridade, sendo maior entre indivíduos com até oito anos de escolaridade (BRASIL, 2018).

2.2.2. Alimentação

Em relação ao consumo alimentar, aproximadamente 34,6% dos adultos consome regularmente frutas e hortaliças, com maior proporção entre mulheres (40,4%). Além disso, o hábito de ingerir esses alimentos é maior entre indivíduos com 12 anos ou mais de estudo (41,9%) e tende a aumentar conforme o passar do tempo, sendo que 45,1% da população com 65 anos ou mais consomem regularmente esses alimentos (BRASIL, 2018).

O consumo regular de feijão, alimento típico do país e com alto teor de fibras, foi relatado por 59,5% da população adulta sendo menor entre pessoas do sexo feminino (53,6%) e com maior escolaridade (49,9%). Entre as capitais brasileiras, o maior percentual de consumo foi relatado em Belo Horizonte (78,4%) e o menor em Florianópolis (29,1%) (BRASIL, 2018).

A frequência do consumo regular de refrigerantes ou suco artificial, produtos classificados como ultraprocessados e ricos em açúcares simples, é de 14,6% entre adultos brasileiros. Porto Alegre (23,7%) e Curitiba (20,9%) são, respectivamente, as capitais com maior frequência dessa condição. A VIGITEL demonstrou que esse hábito é de maior prevalência entre os homens e tende a diminuir com o aumento da idade. Também foi observado que não existe um padrão de variação uniforme conforme o nível de escolaridade (BRASIL, 2018).

2.2.3. Uso abusivo de álcool

Segundo dados da VIGITEL (2018), o uso abusivo de bebida alcoólica - definido como a ingestão nos últimos 30 dias de quatro ou mais doses para mulheres e cinco ou mais doses para homens em uma única ocasião, sendo que uma dose equivale a 330 ml de cerveja, 140 ml de vinho ou 40 ml de bebida destilada - variou entre 13,7% e 25,7%, resultando em uma média geral de 19,1%. A maior prevalência do hábito acontece entre homens (27,1%), sendo esse substancialmente maior do que em mulheres (12,2%). Segundo o estudo, existe uma tendência de aumento da frequência entre indivíduos de maior escolaridade e de diminuição a partir dos 35 anos de idade (BRASIL, 2018).

2.2.4. Atividade física

A prática de atividade física é reconhecida como um dos principais fatores de proteção para o desenvolvimento de DCNT. No Brasil, apenas 37% da população refere praticar atividade física moderada por pelo menos 150 minutos por semana, com maior frequência entre indivíduos do sexo masculino (43,4%). Além disso, há uma tendência de aumento da prática conforme a elevação da escolaridade. Contudo, foi observada diminuição com o passar dos anos, com queda expressiva principalmente após os 65 anos (BRASIL, 2018).

Além da prática de atividade física no lazer, também foram avaliados pela VIGITEL a frequência de indivíduos que realizam atividade durante o deslocamento para trabalho ou escola, caracterizada como pelo menos 150 minutos de atividade moderada, que foi igual a 13,4%, sem diferenças entre os sexos. A prática insuficiente de atividade física e o percentual de indivíduos fisicamente inativos também foram avaliados, sendo, respectivamente, 46% e 13,9% da população (BRASIL, 2018).

2.3.Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011-2022)

Observa-se nos últimos anos diversos esforços do governo federal para o desenvolvimento de políticas pública visando responder à problemática do aumento de DCNT. A valorização dessa temática ocorreu após a implementação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011-2022). Estas ações foram desenvolvidas após a Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU, 2011) com objetivo de discutir estratégias de prevenção e controle

das DCNT por meio da implementação de políticas públicas integradas, sustentáveis e que tenham como base evidências científicas (BRASIL, 2011; MALTA; SILVA JR, 2013).

O Plano define 3 eixos de atuação com os seguintes objetivos:

a) Vigilância, informação, avaliação e monitoramento: tem como objetivo o monitoramento dos fatores de risco, morbidade, mortalidade específica das doenças e também o desenvolvimento do Plano. Tais dados servem como subsídio para respostas do sistema de saúde visando a melhoria de todas as partes que o envolvem, desde a gestão até o acesso aos serviços de saúde;

b) Promoção da saúde: incentivar ações que promovam e estimulem a adesão de estilos de vida saudáveis por meio de iniciativas intersetoriais no âmbito público e privado. Também busca abordar as condições sociais e econômicas no enfrentamento dos fatores determinantes das DCNT.

c) Cuidado integral de DCNT: objetiva a melhoria da capacidade do Sistema Único de Saúde em responder a problemática das DCNT fazendo uso de intervenções diversificadas, permitindo um adequado controle e prevenção das doenças e também de seus fatores de risco;

Para cada eixo existem estratégias e ações definidas pela instância federal visando atingir as metas estipuladas (BRASIL, 2011). Sendo assim, entende-se que o Plano busca responder de forma integral a problemática da epidemia das DCNT de forma intersetorial, com a valorização do uso de dados populacionais e de tecnologias adequadas para o embasamento do cuidado.

2.4. Atenção Primária a Saúde (APS) e suas potencialidades para a promoção do estilo de vida saudável

A Atenção Primária a Saúde (APS) é a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, sendo o setor mais próximo da população. A APS visa a promoção e proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, a manutenção da saúde e a atuação sobre os determinantes e condicionantes da saúde com vistas a uma atenção integral (BRASIL, 2017). Para isso, utiliza de tecnologias de cuidado complexas que tem como objetivo auxiliar no manejo das condições de saúde da população

devendo sempre ser levadas em consideração as principais demandas e o princípio da equidade (BRASIL, 2017).

Por conta disso, a APS configura-se como um potente espaço para o desenvolvimento de ações do Plano de DCNT, já que, devido às diversas tecnologias disponíveis e sua proximidade com a população, é possível a atuação em todos os eixos temáticos, com destaque para a Promoção de Saúde.

A Promoção da Saúde (PS) é entendida como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986). Sendo assim, a PS rompe com a ideia do indivíduo “paciente” no fazer saúde para uma visão de indivíduo “ativo”, tornando esse co-responsável pelo cuidado à saúde, tanto no âmbito individual (como em casos de controle e monitoramento de uma determinada enfermidade), quanto na esfera coletiva (no desenvolvimento de ações comunitárias e de políticas públicas, por exemplo) (WHO, 1986; BRASIL, 2016).

Atualmente, uma das estratégias mais utilizadas para a PS no contexto da APS é a educação em saúde. Segundo Candeias (1997), a educação em saúde consiste em “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”. A educação em saúde pode ocorrer das mais variadas formas dentro dos serviços de APS sendo inerentes ao trabalho (FEIJÃO; GALVÃO, 2007). Porém, ainda podem ser observadas nas unidades de atenção primária práticas verticalizadas de educação, com a imposição de conhecimentos aos usuários sem levar em consideração os saberes populares e o contexto em que os indivíduos estão inseridos (SOUSA, 2008). Por conta disso, tem se buscado uma reorientação das práticas de educação em saúde na APS de forma que essas valorizem o diálogo e a participação social.

Atividades em grupos têm sido utilizadas como alternativas frente a essa problemática, pois são espaços que promovem a interação entre diversos sujeitos, o compartilhamento de experiências e a formação de vínculos (DALL’AGNOL et al., 2007). Os grupos podem ter diversos objetivos e serem conduzidos por meio de diferentes referenciais teóricos. Na literatura são relatadas ações grupais exitosas em saúde mental, cuidados com diabetes, alimentação e atividade física. Quando voltados para a promoção da saúde, os grupos podem ser definidos como “um conjunto de pessoas ligadas por constantes de tempo, espaço e limites de funcionamento, que interagem cooperativamente a fim de realizar a tarefa da promoção da saúde” (SANTOS et al., 2006). Sendo assim, os Grupos de Promoção à

Saúde (GPS) levam em consideração o saber popular, os determinantes socioeconômicos e visam o empoderamento dos sujeitos, sendo considerados como atividades alinhadas às proposições da APS e de diversas políticas que a norteiam (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

3. JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos houve um crescimento exacerbado das DCNT em todo o mundo. Embora diversos esforços tenham sido realizados visando amenizar esta problemática, ainda existe uma demanda dos sistemas de saúde por práticas inovadoras e eficazes para lidar com a problemática, considerando que o desenvolvimento de DCNT têm características complexas e está ligado a fatores biológicos, sociais e ambientais. O modelo biomédico² não é capaz de abordar todas as questões referentes às DCNT sendo necessária a participação ativa do paciente em seu cuidado por meio de mudanças nas formas de viver.

Diante disso, o desenvolvimento do presente trabalho justifica-se considerando que a abordagem em grupo tem sido cada vez mais utilizada por serviços de saúde visando o empoderamento dos indivíduos para tomada de decisões sobre o estilo de vida e responsabilidades pelo autocuidado, além do reconhecimento do contexto local e variáveis determinantes de saúde-doença.

² Visão mecanicista da saúde, na qual o corpo é tido como máquina e o processo saúde-doença como algo restrito ao campo biológico, não sendo levadas em consideração outras dimensões que podem levar ao adoecer.

4. OBJETIVOS

O objetivo do presente trabalho foi descrever o perfil de indivíduos participantes de um Grupo de Mudança de Estilo de Vida (MEV) no serviço de saúde pública de um município do interior paulista.

4.1. Objetivos específicos

1. Descrever o perfil demográfico da população participante do estudo;
2. Identificar doenças e seus fatores de riscodietéticos, bioquímicos e antropométricos;
3. Comparar mudanças no estilo de vida alimentar e de atividade física antes e após a participação nos encontrosem grupo.

5. POPULAÇÃO E MÉTODOS

5.1.Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo com o objetivo de avaliar o perfil demográfico, de doenças e estilo de vida de participantes de um grupo de promoção à saúde.

5.2.Local do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Saúde Escola (CSE), sendo este uma Unidade Auxiliar de Estrutura Complexa pertencente à Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/Unesp) que tem como objetivo o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e assistência com extensão de serviços à comunidade, funcionando como parte da rede de atenção primária do município de Botucatu.

O CSE conta com equipe diversificada quanto a formação profissional (enfermeiros, médicos, dentistas, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros), além de docentes e alunos de programas de residência e aprimoramento. O serviço oferece diversas modalidades de assistência à população, com destaque para consultas individuais, atividades de educação em saúde, grupos de saúde, ações nas salas de espera, aconselhamento, entre outras. Tais atividades são realizadas nas diferentes áreas do CSE e são divididas em: Saúde do Adulto; Saúde da Mulher; Saúde da Criança; e Saúde Mental.

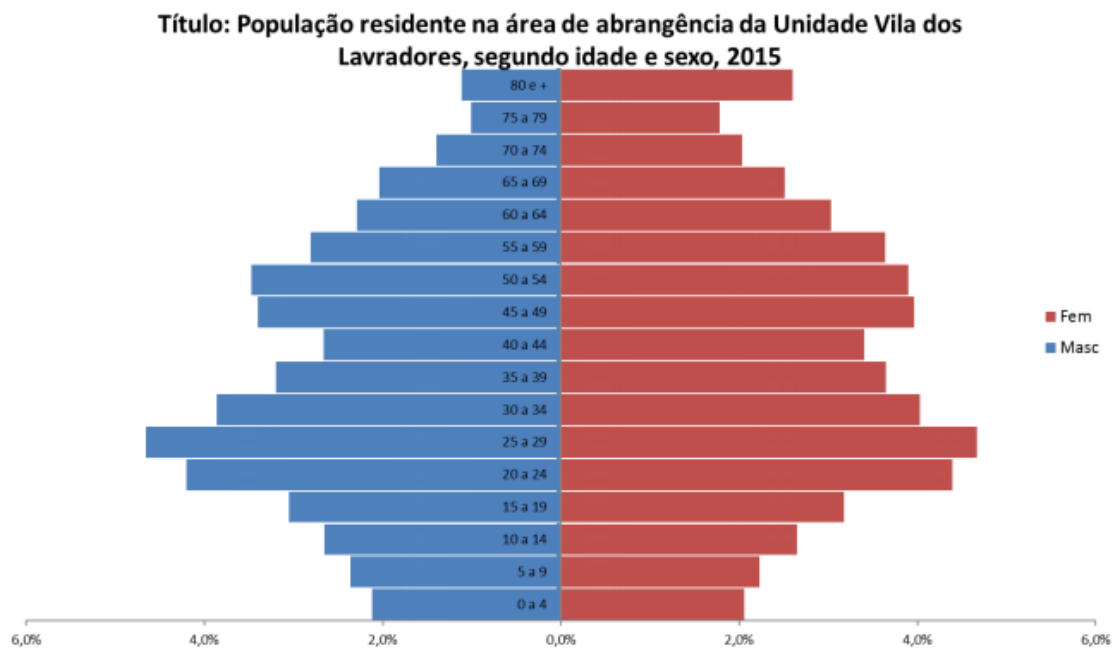
No último levantamento realizado, o CSE contava com uma população adscrita de 16412 usuários em seu território, sendo a maior parte constituída por indivíduos do sexo feminino (54%). Além disso, cabe destacar a alta prevalência de pessoas com 60 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade, sendo uma característica singular quando comparada ao restante do município (ALMEIDA et al., 2016) (FIGURAS 1, 2 e 3).

Figura 1 - População residente na área de abrangência do Centro de Saúde Escola (CSE).

Setor nº	Masc		Fem		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 a 4	348	2,1%	338	2,1%	686	4,2%
5 a 9	388	2,4%	365	2,2%	753	4,6%
10 a 14	436	2,7%	435	2,6%	871	5,3%
15 a 19	501	3,1%	521	3,2%	1.021	6,2%
20 a 24	689	4,2%	721	4,4%	1.410	8,6%
25 a 29	764	4,7%	766	4,7%	1.530	9,3%
30 a 34	634	3,9%	661	4,0%	1.296	7,9%
35 a 39	525	3,2%	598	3,6%	1.123	6,8%
40 a 44	437	2,7%	559	3,4%	995	6,1%
45 a 49	558	3,4%	650	4,0%	1.208	7,4%
50 a 54	571	3,5%	639	3,9%	1.210	7,4%
55 a 59	461	2,8%	597	3,6%	1.058	6,4%
60 a 64	376	2,3%	497	3,0%	873	5,3%
65 a 69	334	2,0%	412	2,5%	746	4,5%
70 a 74	229	1,4%	334	2,0%	564	3,4%
75 a 79	166	1,0%	292	1,8%	458	2,8%
80 e +	183	1,1%	427	2,6%	609	3,7%
Total	7.599	46%	8.813	54%	16.412	100,0%

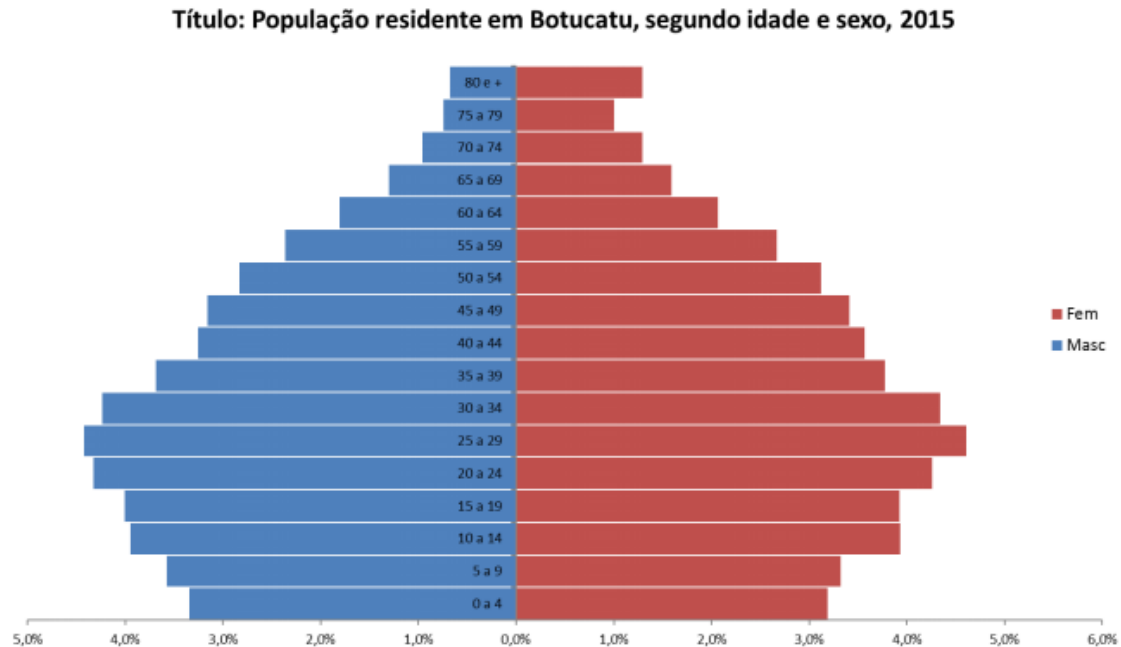
Fonte: Almeida et al. (2016)

Figura 2 - Pirâmide etária da população residente na área de abrangência do Centro de Saúde Escola (CSE), segundo idade e sexo, 2015.



Fonte: Almeida et al. (2016)

Figura 3 - Pirâmide etária da população residente na cidade de Botucatu, segundo idade e sexo, 2015.



Fonte: Almeida et al. (2016)

5.3. Grupo de mudança de estilo de vida

5.3.1. Histórico do grupo

Os grupos de Mudança de Estilo de Vida (MEV) possuem como objetivo a promoção de hábitos saudáveis para a população adscrita do CSE. Anteriormente, o serviço dispunha de outros grupos que eram divididos segundo patologias (grupo de diabetes; grupo de hipertensão; grupo de dislipidemia). Nos últimos anos, o serviço passou a utilizar uma nova abordagem voltada para promoção de hábitos saudáveis de forma a abraçar todos os indivíduos independentes das patologias de base, sendo inclusive possível a participação no grupo de pessoas não portadoras de doenças.

Historicamente, tanto os grupos no formato antigo como os MEV atuais, sempre foram coordenados por profissionais da equipe de nutrição. Porém, outras categorias profissionais, como educadores físicos, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros, passaram a integrar as atividades do grupo de forma contínua ou pontual. Estas ações assumiram caráter multiprofissional e interdisciplinar no cuidado e abordagem integral da saúde, condição

necessária para o enfrentamento de diversas doenças, principalmente as crônicas não transmissíveis.

5.3.2. Fluxo do grupo

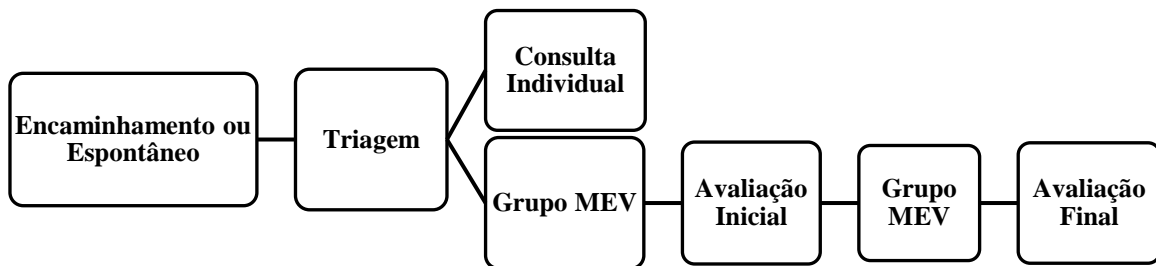
Para participar das atividades do Grupo MEV o indivíduo deve entrar no fluxo de atendimento do serviço de nutrição da Área de Adultos do CSE, sendo que essa pode ocorrer por meio do encaminhamento de outros profissionais do serviço ou por demanda espontânea. É necessário ressaltar que tanto para a primeira como para a segunda forma de acesso o paciente deve fornecer seus dados para o agendamento de uma triagem com a equipe de nutrição (FIGURA 4).

As triagens são realizadas por meio de dinâmica em grupo e possuem como finalidade o levantamento das demandas dos pacientes. A partir dessas e também da disponibilidade dos indivíduos, sempre levando em consideração o princípio da equidade, os mesmos são alocados na agenda da equipe, sendo possível a inserção no Grupo MEV ou em outras atividades do serviço. Até o momento não existe um protocolo definido sobre quais critérios são determinantes para a randomização dos pacientes nos dois tipos de modelo assistencial.

Imediatamente após a alocação do indivíduo no grupo é agendada uma avaliação inicial individual (AI), que tem como objetivo traçar um perfil do participante antes do início do grupo por meio de ficha padronizada do serviço (ANEXO A). Durante a avaliação são levantados: dados pessoais (cidade, estado civil, profissão e escolaridade); história atual e de doenças pessoais e familiares; hábitos gerais (atividade física, tabagismo, etilismo, ingestão hídrica e medicamentos/suplementos em uso); hábitos alimentares (dentição; mastigação; apetite; hábito intestinal; preferências/aversões/alergias alimentares; onde e com quem realiza as refeições; quantas pessoas moram na residência; hábito de comer fora de casa e de substituir refeições principais por lanches; o uso de temperos prontos, sal, óleo e açúcar; consumo de refrigerante e suco industrializado); dados antropométricos (peso, altura, índice de massa corporal – IMC, circunferência da cintura (CC)) e avaliação bioquímica (glicemia de jejum, colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol e triglicérides).

Ao final das atividades em grupo, uma nova avaliação individual é agendada (AF). Durante a avaliação são novamente levantados dados antropométricos, bioquímicos, hábitos gerais e alimentares. Tal prática tem como finalidade avaliar as transformações que a prática em grupo proporcionou na vida do indivíduo e quais são ainda pontos a serem trabalhados.

Figura 4 - Fluxo de atendimento do Serviço de Nutrição da Área de Adultos do Centro de Saúde Escola (CSE).



Fonte: material elaborado pelo autor

5.3.3. Metodologia para desenvolvimento das atividades em grupo

As atividades educativas em grupo foram baseadas na teoria dialógica de Paulo Freire³ sendo este reconhecido como referência básica aos educadores em nutrição (BOOG, 2004; SOUZA et al., 2005). As atividades a partir dessa teoria devem ser dinâmicas e conduzidas de modo que permitam a constatação de questões comuns e os movimentos da singularidade do grupo, possibilitando a verbalização, a interação, e a troca de experiências, auxiliando o indivíduo no entendimento de suas próprias questões e na descoberta de novos modos de se cuidar, seguindo, portanto, o conceito ampliado de saúde (ABRAHÃO; FREITAS, 2011).

Embora seja uma prática comum para atividades em nutrição, como já citado, a abordagem utilizada proporciona o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e sua co-responsabilização no autocuidado, envolvendo-o na construção do conhecimento, o que consideramos pertinente a todos os saberes relacionados à saúde, por isso a manutenção da prática mesmo com a atuação multiprofissional.

³ Educador, pedagogo e filósofo brasileiro, Paulo Freire (1921-1997) foi um dos mais célebres educadores brasileiros. Entre suas obras mais famosas, estão Pedagogia do Oprimido e Pedagogia da Autonomia, sendo esses referenciais teóricos utilizados em diversas partes do mundo.

De forma geral, as atividades do Grupo MEV compreenderam 10 encontros que ocorreram de forma semanal, com duração entre 60 a 90 minutos. Foram utilizadas conversas dialogadas visando a problematização da realidade tendo como disparadores a realização de dinâmicas sobre determinados temas, como: fracionamento alimentar; importância do consumo de fibras; conhecendo as gorduras da alimentação; consumo de sódio no controle e prevenção da hipertensão arterial; diferentes tipos de açúcares; alimentos *diet* e *light*; incentivo a prática de exercício físico; hidratação; ansiedade e outros fatores psicológicos que interferem na mudança dos hábitos de vida; entre outros. Tais temas eram definidos a partir do levantamento das demandas dos participantes e também pelos profissionais baseado nas avaliações individuais.

5.4. População do estudo

Foram incluídos no estudo todos os indivíduos participantes dos Grupos de Mudança de Estilo de Vida em 2017. Foram incluídos 64 indivíduos para a análise do perfil inicial dos grupos e 26 para a comparação entre AI e AF. Não foram impostas restrições em relação a idade, sexo, presença de enfermidades ou fatores de risco.

5.5. Coleta de dados

A coleta dos dados foi obtida através da revisão dos protocolos de avaliações individuais de todos participantes dos grupos MEV do ano de 2017 (ANEXO A). Para a determinação do perfil de ingresso dos participantes foram consideradas as informações coletadas na AI.. Para avaliar as modificações relativas ao estilo de vida dos participantes, foram comparados os dados de AI e AF..

Foi considerado como tabagista o indivíduo que em algum momento da vida fez uso do produto, agrupando tabagistas atuais e também ex-tabagistas.

Em relação aos hábitos alimentares, foi considerado como ingestão regular de frutas o consumo em cinco ou mais dias na semana, sendo o mesmo critério aplicado a verduras, legumes, suco natural de frutas e leguminosas.

Quanto à análise do nível de atividade física no lazer, foram levantados dados referentes à frequência semanal e tempo diário de prática (minutos), sendo posteriormente convertidos por meio de multiplicação simples para a obtenção do tempo semanal (minutos). Os indivíduos foram classificados em Prática Irregular ou Prática Regular, sendo também categorizados pelo tempo dispendido na prática como acima de 150 minutos ou 300 minutos por semana.

A utilização de medicamentos foi avaliada a partir dos dados referidos pelos pacientes nos dois momentos. A utilização de pelo menos um medicamento, independente da indicação e tempo de emprego, foi considerada como uso.

Os dados bioquímicos foram obtidos por meio de exames realizados antes e após a realização das atividades, sendo respeitado o período mínimo de 60 a 75 dias.

Para o levantamento das medidas antropométricas, foram aferidas massa corporal (Kg) e estatura (m) por meio de balança digital com antropômetro devidamente calibrada com graduação de 0,1 kg para peso e 0,01 m para altura. A partir das medidas de peso e estatura, foi calculado o índice de massa corporal por meio de divisão simples do peso pela estatura elevada ao quadrado ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$) (WHO, 1995).

5.6. Aspectos Éticos

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Parecer nº 2.103. 962).

5.7. Análise estatística

Foi realizada análise descritiva, primeiramente com as variáveis contínuas e posteriormente categorizada. Para avaliar os indicadores do impacto da intervenção foi utilizado o teste de McNemar, para variáveis categóricas e dicotômicas e teste de Wilcoxon de postos sinalizados para as variáveis numéricas contínuas normais e não-normais, respectivamente. Para todos os testes, adotou-se o nível de significância igual a 5% ($p < 0,05$).

6. RESULTADOS

Foram analisadas as fichas de avaliação de 7 grupos, resultando em uma amostra de 64 indivíduos. A maior participação ocorreu entre o público feminino (86%), com escolaridade igual ou superior a 9 anos (66,1%) e com trabalho remunerado (46,7%) (TABELA 1). A idade média apresentada foi de 51,2 anos, com desvio-padrão de 15,9 anos.

Em relação ao perfil de enfermidades, dos 64 indivíduos que iniciaram as atividades, doze possuíam diabetes (19,3%), cinco referiram histórico de doença cardiovascular (7,81%) e sete tinham ou já tiveram câncer (10,9%). Em relação aos fatores de risco para DCNT, trinta e quatro participantes foram classificados como obesos (54,8%), vinte e nove relataram histórico pessoal de dislipidemia (46,7%), vinte e seis tinham hipertensão arterial (HAS) (41,9%) e vinte e três possuíam outras doenças crônicas (38,9%) (TABELA 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico, de enfermidades e fatores de risco dos participantes na Avaliação Inicial Individual (AI)

Variável	Total	n	%
Sexo			
Masculino	64	9	14,0
Feminino	64	55	86,0
Ocupação			
Trabalho Remunerado	58	29	46,7
Aposentados/Beneficiários	58	16	25,8
Do lar	58	11	17,7
Desempregados	58	2	3,2
Escolaridade			
Sem escolaridade	52	1	1,9
Ensino Fundamental I	52	6	11,5
Ensino Fundamental II	52	4	7,7
Ensino Médio	52	28	53,8
Técnico/Superior	52	13	25,0
Enfermidades			
Diabetes mellitus	62	12	19,3
Doença Cardiovascular	64	5	7,81
Câncer	64	7	10,9
Outras DCNT	59	23	38,9
Fatores de risco			
Hipertensão Arterial	62	26	41,9
Dislipidemia	62	29	46,7
Obesidade	62	34	54,8

Quanto ao estilo de vida, 53,1% dos pacientes realizavam atividade física no lazer. Em relação ao hábito de fumar e de consumir bebida alcoólica, vinte participantes (31,2%) relataram que faziam ou já fizeram o uso de tabaco e dezoito indivíduos (28,1%) apontaram o consumo de bebida alcoólica. O perfil alimentar demonstrou que mais da metade da amostra consumia regularmente frutas (62,5%), verduras (55,5%) e leguminosas (57,8%). O hábito de consumir refrigerantes foi o menos relatado no M1, referido por apenas duas pessoas (3,4%) (TABELA 2).

Tabela 2– Hábitos gerais e alimentares dos participantes na Avaliação Inicial Individual (AI)

Variável	Total	n	%
Consumo de álcool	64	18	28,1
Tabagismo	64	20	31,2
Uso de medicamentos	63	48	76,1
Atividade Física			
Prática regular	64	34	53,1
150 min/semana	64	21	39,5
300 min/semana	64	13	20,3
Consumo Alimentar			
Refrigerante	58	2	3,4
Suco natural	64	11	17,2
Frutas	64	40	62,5
Verduras	63	35	55,5
Legumes	62	28	45,1
Leguminosas	64	37	57,8

A coleta dos dados bioquímicos apresentou muitas perdas. Para a análise do colesterol total e HDL foram incluídos 40 pacientes que apresentaram média de 185,2 mg/dL e 50 mg/dL, respectivamente. Os valores de LDL e triglicérides foram coletados de 38 sujeitos, com médias de 106,7 mg/dL e 152,5 mg/dL. Em relação à glicose, somente 34 indivíduos possuíam os valores descritos, com média de 98,5 mg/dL (TABELA 3).

Tabela 3- Perfil Bioquímico dos participantes na Avaliação Inicial Individual (AI)

Variável	n	Média	Desvio-padrão
Colesterol Total (mg/dL)	40	185,2	45,1
HDL (mg/dL)	40	50,0	12,4
LDL (mg/dL)	38	106,7	37,0
Triglicérides (mg/dL)	38	152,5	67,9
Glicose (mg/dL)	34	98,5	27,6

A análise das fichas da AF demonstrou que 26 indivíduos concluíram as atividades em grupo, representando uma evasão de 59,3%. Desse total, apenas 17 possuíam todas as variáveis necessárias descritas para a realização das análises comparativas dos exames bioquímicos e da avaliação antropométrica. Na análise comparativa entre AI e AF, entre as variáveis bioquímicas estudadas apenas a glicemia ($p = 0,024$) apresentou mudança significativa (TABELA 4). Em relação aos hábitos alimentares e de exercício, embora tenham sido observadas mudanças no consumo de frutas ($p = 0,219$), verduras ($p = 0,125$), leguminosas ($p = 0,625$) e prática regular de atividade física ($p = 0,500$), nenhuma foi estatisticamente significativa (TABELA 4).

Tabela 4–Comparação das variáveis antropométricas e bioquímicas nos momentos AI e AF (n = 17)

Variável	AI			AF			p
	Média	Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo	
Peso (Kg)	72,2	48,5	137,0	71,9	48,0	135,6	0,088
IMC (Kg/m ²)	31,0	19,6	54,9	31,2	19,8	54,3	0,113
Colesterol (mg/dl)	184,0	66,0	263,0	185,0	107,0	236,0	0,297
HDL (mg/dl)	50,0	23,0	84,0	46,0	29,0	87,0	0,733
LDL (mg/dl)	114,0	52,0	186,0	112,0	43,0	156,0	0,687
Triglicerídes (mg/dl)	110,0	57,0	304,0	113,0	52,0	206,0	0,130
Glicemia (mg/dl)	86,0	75,0	177,0	80,0	48,0	149,0	0,024

Teste de Wilcoxon. Dados expressos em média. Nota: AI – Avaliação Individual Inicial; AF – Avaliação Individual Final.

Tabela 4 - Comparação dos hábitos gerais e alimentares dos participantes nos momentos AI e AF (n = 26)

Variável	AI		AF		p
	n	%	n	%	
Atividade Física					
Prática regular	17	65,4	19	76,5	0,500
150 min/semana	12	53,8	13	73,1	1,000
300 min/semana	10	38,5	9	34,6	1,000
Consumo Alimentar					
Suco natural	8	30,8	7	26,9	1,000
Frutas	19	73,1	23	88,5	0,219
Verduras	20	76,9	24	92,3	0,125
Legumes	17	65,4	18	69,2	1,000
Leguminosas	11	42,3	11	42,3	0,625

Teste de McNemar. Dados expressos em porcentagem. Nota: AI – Avaliação Individual Inicial; AF – Avaliação Individual Final.

7. DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que os grupos MEV do CSE no ano de 2017 foram predominantemente frequentados por indivíduos do sexo feminino, que possuíam trabalho remunerado, com escolaridade igual ou superior ao ensino fundamental e que eram portadores de DCNT ou de seus fatores de riscos.

É de amplo conhecimento que a utilização da APS no Brasil se dá predominantemente pelo público feminino (PEREIRA et al., 2012; GUIBU et al., 2017). Entre as problemáticas descritas para a baixa procura pelo sexo masculino estão: o conflito entre o horário de funcionamento das unidades de APS e do trabalho dos homens; a dificuldade dos mesmos para expressar necessidade de cuidados; a visão de que os serviços em saúde têm como foco as mulheres e crianças; e a convicção de estar acima de todas as vulnerabilidades que possam levar ao adoecer (COUTO, 2009).

Em nosso trabalho a porcentagem de homens que participaram da AI foi de 14% dos participantes, estando bem aquém do percentual de indivíduos do mesmo sexo que compõe a população total da área de abrangência, mesmo com a oferta das atividades no período noturno. Dessa forma, outras iniciativas além do horário de atendimento estendido podem ser utilizadas no intuito de aumentar a adesão dos homens aos grupos, como maior divulgação do grupo para o público masculino que frequenta a unidade, desenvolvimento de outras atividades no serviço que permitam uma maior vinculação dos homens com a mesma e a participação de pelo menos um profissional do sexo masculino em todas as etapas do grupo MEV, levando sempre em consideração os recursos humanos disponíveis pelo serviço.

Nossos achados relativos à escolaridade diferem em alguns aspectos com os dados obtidos em pesquisa conduzida em âmbito nacional. Segundo os autores, mais da metade dos usuários dos serviços da APS tem pelo menos acesso ao ensino fundamental (GUIBU et al., 2017). Embora nossos dados em relação a isso concordem com os dos autores citados, chama atenção o alto percentual de indivíduos em nosso estudo com ensino técnico e/ou superior (25,0%) e também o baixo número de pessoas analfabetas (1,9%) quando comparados ao perfil dos usuários da APS a nível nacional e estadual (GUIBU et al., 2017). Estudo realizado por Barim et al. (2016) no mesmo serviço com uma amostra de 181 indivíduos que frequentaram os serviços da Área de Adultos do CSE observou frequência menor de indivíduos com 12 anos ou mais de escolaridade (5,5%) e maior entre aqueles com 0 a 3 anos de estudo (30,4%) quando comparados aos nossos achados. Não é possível afirmar os motivos das discrepâncias obtidas nos dados de escolaridade, sendo necessário um aprofundamento na

temática em trabalhos futuros, ampliando o olhar para a população e, especificamente, para as pessoas que serão atendidas e suas histórias de vida.

Levando ainda em consideração os dados de escolaridade, esses podem justificar as elevadas porcentagens encontradas de consumo de frutas, verduras, legumes e suco natural, visto que o aumento da escolaridade se associa positivamente ao hábito de ingerir esses alimentos (CLARO et al., 2015; BARROS et al., 2016; BRASIL, 2018). Atualmente, a OMS recomenda a ingestão de 400g/dia desses alimentos para prevenção do excesso de peso e desenvolvimento de DCNT, o que equivale a aproximadamente cinco porções (WHO, 2003). Diferentemente da VIGITEL (2017) e de outros estudos (NEUTZLING et al., 2009; CASTANHO et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2015) que utilizaram análises combinadas para verificar a adequação do consumo, em nosso trabalho os grupos de alimentos foram analisados de forma individualizada devido a diferenças entre os questionários aplicados, o que limitou a comparação de nossos dados com os da literatura.

O consumo de leguminosas, principalmente o feijão, caiu vertiginosamente nos últimos anos no Brasil (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ et al.; 2012). A tradicional combinação do arroz com feijão é considerada adequada do ponto de vista nutricional, pois apresenta quantidades significativas de fibras, proteínas e diversos micronutrientes, como folato e zinco (MESSINA, 1999). Em nosso estudo o percentual de indivíduos com consumo regular de leguminosas foi maior do que o observado a nível nacional e próximo ao encontrado regionalmente (BRASIL, 2018).

São indiscutíveis os benefícios que a prática de atividade física pode proporcionar à saúde. A inatividade física está associada com o aumento do risco de morte por todas as causas e do desenvolvimento de diversas doenças, principalmente as crônicas não transmissíveis (WHO et al., 2013). Atualmente, existem diversas recomendações sobre o tempo mínimo de prática de atividade física considerando diferentes domínios (PATE et al., 1995; HASKELL et al. 2007; WHO, 2013). Uma das mais conhecidas e utilizadas, inclusive pelo Brasil, é a da OMS que orienta a realização semanal de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de forma vigorosa no lazer em sessões de pelo menos 10 minutos de duração (WHO, 2013). A entidade ainda ressalta que para benefícios adicionais, como a perda de gordura corporal e controle da hipertensão arterial, é necessária a prática de 300 min/semana de atividade moderada.

Em nosso estudo foi avaliado apenas o hábito de realizar atividade física no lazer e seu tempo semanal, sem levar em consideração a intensidade. Embora não seja a forma correta de avaliação, quando comparados nossos achados com dados nacionais verifica-se uma

prevalência próxima para o tempo de prática de 150 minutos (BRASIL, 2018; ZANCHETTA et al., 2010). Os resultados para prática de pelo menos 300 minutos semanais não se aproximam com os de Mazo et al. (2007) e Castro et al. (2008) que avaliaram, respectivamente, o nível de atividade física de idosos e adolescentes brasileiros. Contudo, salientamos que os dois trabalhos citados utilizaram questionários padronizados para coleta de dados, diferentemente de nosso estudo. Sendo assim, ressalta-se a necessidade da inserção desse instrumento para futuras avaliações o que permitirá comparações fidedignas.

Em relação aos dados bioquímicos dos indivíduos no M! apresentados em forma de média geral, com exceção do triglicérides, todos se apresentaram dentro das faixas de normalidade estabelecidas pelas diretrizes das principais sociedades brasileiras (XAVIER et al., 2013; OLIVEIRA; MONTENEGRO JUNIOR; VENCIO, 2017). Contudo, ressalta-se que os valores máximos de colesterol total, LDL, triglicérides e glicemia incluídos na análise estão acima da faixa de normalidade, assim como o menor valor de HDL também não atinge o limite mínimo considerado benéfico. Dessa forma, subentende-se que o perfil bioquímico da amostra é muito variável, sendo necessária uma análise que leve em consideração a dimensão individual.

Os dados referentes à prevalência de enfermidades, tabagismo, consumo de álcool e utilização de medicamentos são superiores aos apresentados pela literatura (MALTA et al., 2015). A justificativa para tal constatação é a de que nosso levantamento não partiu da população geral adscrita ao território, mas de um público específico com indicação clínica de mudança de estilo de vida. Dessa forma, podemos concluir que as elevadas prevalências dessas variáveis demonstram que os grupos estão atingindo o público alvo.

A proposta de intervenção visando à mudança de estilo de vida por meio de um grupo de promoção à saúde que contou com atividades de educação nutricional e de promoção da prática de exercício físico não obteve mudanças significativas nas variáveis estudadas, com exceção da glicemia. Contudo, a seguir são discutidas diversas questões que possivelmente influenciaram os resultados.

França et al. (2017) realizaram revisão sistemática sobre a produção científica brasileira em relação ao tema educação alimentar e nutricional no contexto da atenção primária e demonstraram que os estudos na área concentram-se em intervenções com portadores de uma determinada DCNT ou com participantes do Programa Academia da Saúde. Os autores observaram que esses trabalhos utilizaram metodologias distintas, com grande variabilidade nos períodos de intervenção e com diferentes estratégias de trabalho, que

incluíram desde atividades em grupos até visitas domiciliares (FRANÇA et al. 2017). Contudo, assim como em nosso estudo, a maioria das intervenções foram realizadas em um curto espaço de tempo, o que pode ser um fator limitante para a observação de mudanças significativas no padrão alimentar dos sujeitos e, conseqüentemente, nas variáveis antropométricas e bioquímicas (FRIEDRICH; SCHUCH; WAGNER, 2012).

A ausência de mudanças relativas à prática de exercício também se relaciona diretamente com a não modificação nos dados antropométricos e bioquímicos. Assim como para as mudanças alimentares, o período para avaliação de alterações no hábito de praticar exercício físico pode ter sido insuficiente, pois também envolve diferentes fatores. São descritas na literatura diversas barreiras que impedem a tomada de decisão para o início da prática de exercício físico, sendo que essas podem ser situacionais, pessoais ou de recursos (SOUSA; SANTOS; JOSÉ, 2010).

Nascimento et al. (2008) verificaram barreiras para a prática de atividade física em idosos no município de Rio Claro tendo como as mais citadas a presença de doenças, a necessidade de descanso e a falta de persistência. Contudo, chama atenção o fato de que no mesmo estudo 84,6% dos indivíduos não relacionaram como barreira a descrença de que a prática de atividade seja benéfica (NASCIMENTO et al. 2008). Isso reforça que os indivíduos possuíam conhecimento sobre os benefícios da realização de exercício físico de forma regular, mas mesmo assim não o faziam. Alvarenga et al. (2015) também citam essa questão em relação ao campo da alimentação e colocam que a educação nutricional de forma isolada também não é capaz de promover mudanças alimentares.

Para que mudanças significativas ocorram também é necessário que o indivíduo esteja motivado a realizá-las. Motivação é definida como “um sentimento que faz com que as pessoas ajam para atingir seus objetivos” e é composta por fatores intrínsecos e extrínsecos, estando interligados ao momento de vida das pessoas (ALVARENGA et al., 2015).

Como já citado, um grupo de promoção à saúde tem como objetivo o empoderamento do sujeito por meio do compartilhamento de experiências e saberes, levando sempre em consideração os determinantes da saúde (SANTOS et al. 2006). Isso propicia o desenvolvimento de novos olhares sobre o viver, viabilizando o aumento de sua motivação por mudanças. Por conta disso, a avaliação apenas dos parâmetros de estilo de vida, antropométricos e bioquímicos pode não revelar o impacto das ações do grupo, sendo também necessárias análises da apreensão do saber e da motivação dos participantes.

Alguns estudos nacionais na área de nutrição aplicaram questionários para avaliar o conhecimento dos participantes antes e após ações educativas sobre alimentação e observaram aumento do entendimento dos participantes após as atividades (RIBEIRO et al., 2012; GOMES et al., 2013, SILVA et al., 2013, GANDRA et al., 2011). Levando em consideração que o serviço já dispõe de protocolo de avaliação das atividades em grupo (Anexo1), sugere-se a inserção do questionário nesse protocolo, visto que, dessa forma, o mesmo não irá gerar grandes mudanças na rotina do serviço.

Entre os instrumentos existentes que podem ser utilizados para avaliar a motivação, um dos mais conhecidos é o Modelo Transteórico de Mudança Comportamental (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982). O mesmo tem como finalidade avaliar o estado de prontidão para mudanças e é classificado em 5 estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982). Os autores colocam que apenas nos estágios de ação e manutenção o indivíduo possui prontidão para realizar mudanças concretas, sendo que nos demais acontecem a sensibilização e preparação para a ação (LANCHA; LANCHA JUNIOR, 2017). Por possuir aplicação simples, também pode ser utilizado no protocolo de avaliação do serviço, pois por meio disso será possível observar, além da motivação, percepções dos indivíduos sobre barreiras e outros fatores associados para a adoção de estilo de vida saudável e se essas se alteraram com as atividades em grupo.

Quanto aos dados de evasão apresentados, esses também podem ser justificados pela não avaliação do estado de prontidão dos indivíduos. Como demonstrado, menos da metade dos indivíduos que participaram da AI finalizaram as atividades. A desistência das atividades pode ocorrer por conta de uma resistência criada devido a utilização de abordagens que não contemplem o seu estado atual de motivação (LANCHA; LANCHA JUNIOR, 2017). Além disso, a não definição de critérios para inclusão no grupo durante a triagem também pode ter contribuído com a evasão, isso porque os participantes podem não se sentir pertencentes ao grupo caso suas demandas sejam muito diferentes dos demais participantes (WACHELKE, 2012).

O número limitado de indivíduos que foram considerados habilitados para análise estatística também é uma limitação para a observação dos parâmetros estudados. Como já citado, dos 29 indivíduos que finalizaram as atividades apenas 17 possuíam todas as informações necessárias coletadas no protocolo, comprometendo o poder estatístico da análise. Dessa forma, é necessário o levantamento de possíveis erros existentes na coleta de

dados e a definição de ações que possam minimizar as perdas, assim como a utilização de análises estatísticas que levem em consideração a individualidade de cada sujeito.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos demonstram que os grupos estão sendo frequentados pelo seu público alvo, a saber, portadores de doenças crônicas não transmissíveis e de seus fatores de risco. Contudo, a participação de alguns grupos específicos, como homens e indivíduos com baixa escolaridade, se mostra limitada. Ações voltadas para atrair esses grupos são imperativas, assim como estudos mais aprofundados sobre a temática para serem elucidadas possíveis barreiras existentes à participação.

A intervenção grupal de promoção da saúde com atividades voltadas para alimentação saudável e prática de atividade física parece não repercutir de forma positiva nos parâmetros bioquímicos, antropométricos e de hábitos de vida. No entanto, ressaltamos que a utilização de grupos para esse fim é uma estratégia promissora e que diversas contribuições dos mesmos não puderam ser identificadas pelos procedimentos utilizados.

9. REFERÊNCIAS

- ABEGUNDE, D. O. *et al.* The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, London, v. 370, n. 9603, p. 1929–1938, dez. 2007.
- ABRAHÃO, A. L.; FREITAS, C. S. F. Modos de Cuidar em Saúde Pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 17, p. 436-41, jul/set. 2009.
- ALMEIDA, M. A. S. *et al.* Botucatu em Dados: Mortalidade e população. Botucatu: UNESP, 2016. Disponível em: http://www.fmb.unesp.br/Home/Pesquisa/upesc/botucatu-em-dados_-mortalidade_-populacao_2016.pdf. Acesso em: 15 fev. 2019.
- ALVARENGA, M. *et al.* **Nutrição comportamental**. 1. ed. Barueri: Editora Manole, 2016. 549 p.
- BARIM, E.M. *et al.* Assessment of Fruit and Vegetable Intakes of Chronic Disease Patients Treated by Primary Health care. **Journal of Public Health in Developing Countries**, [s.l.], v. 2, n. 3, p. 248-256, 2016.
- BARROS, M. B. A. *et al.* Social inequalities in health behaviors among Brazilian adults: National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, [s.l.] v. 15, n. 1, p. 148, nov. 2016.
- BEAGLEHOLE, R. *et al.* Measuring progress on NCDs: one goal and five targets. **The Lancet**, Londres, v. 380, n. 9850, p. 1283-1285, 2012.
- BERNAUD, F. S. R.; RODRIGUES, T. C. Fibra alimentar: ingestão adequada e efeitos sobre a saúde do metabolismo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 6, p. 397-405, ago. 2013.
- BOOG, M. C. F. Contribuições da educação nutricional à construção da segurança alimentar. **Saúde Revista**, v. 6, n. 13, p. 17-23, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde-PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2.p. 209-213, 1997.

CASTANHO, G. K. F. *et al.* Consumo de frutas, verduras e legumes associado à Síndrome Metabólica e seus componentes em amostra populacional adulta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 385–392, 2013.

CASTRO, I. R.R.*et al.* Vigilância de fatores de risco para doenças não transmissíveis entre adolescentes: a experiência da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2279-2288, 2008.

CASPERSEN.C.J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSON, G.M. Physical activity, exercise and physical fitness.**Public Health Reports**, [s.l.], v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

CLARO, R. M.*et al.* Unhealthy food consumption related to chronic non-communicable diseases in Brazil: National Health Survey 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 257-265, 2015.

COUTO, M. T. Sexualidade masculina, gênero e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 14, n. 2, p. 675-677, 2009.

DALL'AGNOL, C. M.*et al.* O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre. v. 28, n. 1, p. 21-26, 2007.

FEIJÃO, A. R.; GALVÃO, M. T. G. Ações de educação em Saúde na atenção primária: Revelando métodos , técnicas e bases teóricas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 41–49, 2007.

FRANÇA, C. J.*et al.* Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 41, n. 114, p.932-948, set. 2017.

FRIEDRICH, R. R.; SCHUCH, I.; WAGNER, M. B. Efeito de intervenções sobre o índice de massa corporal em escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, p. 551-560, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012005000036&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 fev. 2019.

GUIBU, I. A. *et al.* Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 2, p.1-10, 22 set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007070.pdf. Acesso em: 11 fev. 2019.

HASKELL, W. L. *et al.* Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**, Dallas, v. 116, n. 9, p. 1081, 2007.

HE, F. J.; MACGREGOR, G. A. Salt reduction lowers cardiovascular risk: meta-analysis of outcome trials. **The Lancet**, London, v. 378, n. 9789, p. 380-382, 2011.

HHS *et al.* **The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General.** Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.

LANCHA, L. O. P.; LANCHA JUNIOR, A. H. **Manual de coaching de bem-estar e saúde.** Barueri: Manole, 2017. p. 103.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B.. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151–164, mar. 2013.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599–608, out./dez. 2014.

MALTA, D. C. *et al.* Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, p. 217-226, 2015.

MAZO, G. Z. *et al.* Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 6, p. 437-42, nov/dez. 2007.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R.. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s.l.], 2004.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.124-130, mar. 2016.

MESSINA, M. J. Legumes and soybeans: overview of their nutritional profiles and health effects. **The American Journal Of Clinical Nutrition**, [s.l.], v. 70, n. 3, p.439-450, set. 1999.

MONTOYA, L. R. G.; SALAZAR, A. L. Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo, antecedentes. **Educere**, Mérida, v. 14, n. 49, p. 287-295, jun-dez. 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35617102005>. Acesso em: 14 fev. 2019.

NASCIMENTO, C. M. C.*et al.* Nível de atividade física e as principais barreiras percebidas por idosos de Rio Claro. **Journal of Physical Education**, [s.l.] v. 19, n. 1, p. 109-118, 2008.

NEUTZLING, M. B. *et al.* Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2365–2374, nov. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001100007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 fev. 2019.

OLIVEIRA, M. DA S. *et al.* Consumo de frutas e hortaliças e as condições de saúde de homens e mulheres atendidos na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2313–2322, ago. 2015.

OLIVEIRA, J. E. P.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M. M.; VENCIO, S. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017. 383 p.

ONU. **Political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases**. New York: United Nations, 2011.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, maio. 2011.

PARRY, C. D.; PATRA, J.; REHM, J. Alcohol consumption and non-communicable diseases: epidemiology and policy implications. **Addiction**, London, v. 106, n. 10, p. 1718–1724, out. 2011.

PATE, R. R. *et al.* Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, Chicago, v. 273, n. 5, p. 402-407, 1995.

PEREIRA, A. B. *et al.* Perfil social do usuário do sistema único de saúde na atenção primária em saúde. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 3, p.94-98, 21 out. 2012. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2746/2191>. Acesso em: 14 fev. 2019

PITANGA, F.J.G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 10, n. 3, p. 49-54, 2008.

PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1283–1297, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1283.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2019.

PROCHASKA, James O.; DICLEMENTE, Carlo C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: theory, research & practice**, [s.l.] v. 19, n. 3, p. 276, 1982.

RAUBER, F. *et al.* Ultra-Processed Food Consumption and Chronic Non-Communicable Diseases-Related Dietary Nutrient Profile in the UK (2008–2014). **Nutrients**, [s.l.] v. 10, n. 5, p. 587, maio. 2018.

REHM, J. *et al.* The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. **Addiction**, London, v. 105, n. 5, p. 817–843, maio. 2010.

RIVIÈRE, E. P. **O Processo Grupal**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 1999. p. 112.

SANTOS, L. M. *et al.* Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 346-352, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28543.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2019..

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, jun. 2011.

SOUSA, T. F.; SANTOS, S. F. S.; JOSÉ, H. P. M. Barreiras percebidas à prática de atividade física no Nordeste do Brasil. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 13, n. 1, p. 115, jan./abr, 2010

SOUZA, A. *et al.* A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-53, 2005.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. *et al.* Tendências da frequência do consumo de feijão por meio de inquérito telefônico nas capitais brasileiras, 2006 a 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 3363-3370, 2012.

WACHELKE, J. F. R.. Identificação com o grupo: adaptação e validação de uma medida geral para o contexto brasileiro. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 187-200, 2012.

WARBURTON, D. ER; NICOL, C. W.; BREDIN, S. SD. Health benefits of physical activity: the evidence. **CMAJ**, Ottawa, v. 174, n. 6, p. 801-809, mar. 2006.

WHO. **Ottawa Charter for Health Promotion**. Ottawa: World Health Organization, 1986.

WHO. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Genebra:World Health Organization, 1995.

WHO. **Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation**. Genebra: World Health Organization, 2003.

WHO. **Ageing and Health technical**. Genebra: World Health Organization, 2004.

WHO. **Relatório Mundial da Saúde: financiamento dos sistemas de saúde**. Genebra: World Health Organization, 2010.

WHO *et al.* **Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020**. Genebra: World Health Organization, 2013.

XAVIER, H. T. *et al.* V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 101, n. 4, p. 1-20, 2013.

ZANCHETTA, L. M. *et al.* Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro v. 13, p. 387-399, set. 2010.

Anexo A – Protocolo de Avaliação Inicial e Final dos Pacientes em Grupo (Centro de Saúde Escola – Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP)



AVALIAÇÃO INICIAL DOS PACIENTES EM GRUPO

Data: ____/____/____

Grupo:

DADOS PESSOAIS

Nome _____ Matrícula _____

Cidade _____ () zona urbana () zona rural Telefone

Sexo () F () M Idade _____ Data de nascimento _____ Estado civil

Profissão _____ Escolaridade

História atual:

HISTÓRICO

Enfermidade	Pessoal	Histórico familiar
Diabetes		
HAS		
Doença Cardiovascular		

Dislipidemia		
Câncer		
Obesidade		
Hipotireoidismo		
Outras DCNT		

HÁBITOS GERAIS

Atividade Física

Frequência/ duração:

Tabagismo () sim () não () Ex-tabagista tempo _____ Quantidade

Etilismo() sim () não () Ex-etilista tempo _____

Quantidade _____

Ingestão hídrica: água _____ chá _____ suco _____

Medicamentos e suplementos:

Mulher: () climatério () pós menopausa

HÁBITOS ALIMENTARES

Dentição: () presente () ausente Obs.:

Mastigação: () adequada () lenta () rápida () compulsiva Obs.:

Apetite() bom () regular () ruim Obs.:

Hábito intestinal: () regular () ruim Frequência:

Alterações TGI: () obstipação () diarreia () distensão () flatulência

Preferências:

Aversões:

Alergias/intolerâncias:

Realiza, atualmente, dieta especial ou restrição alimentar?

Local onde realiza as refeições: _____ Com quem costuma realizar as refeições:

Quantas pessoas moram na sua casa? _____ Frequência da alimentação fora de casa:

Onde costuma se alimentar quando come fora de casa?

Troca o almoço ou jantar por lanches:() sim () não () às vezes

Gordura utilizada:() vegetal () animal N° de latas de óleo/mês: _____

Quantidade de sal consumida: _____/ mês Coloca mais sal na comida que está no prato:() sim () não () às vezes

Utiliza temperos prontos: () não () sim quais: _____ frequência:

O que usa para adoçar:() açúcar branco () adoçante () mel/melado/açúcar mascavo

Quantidade de açúcar consumida: _____/ mês Frequência de ingestão de refrigerante:
_____ Frequência de ingestão de suco industrializado: _____

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR SIMPLIFICADO

	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Alimentos	< 1 vez/ mês	2-3 vezes/mês	1-2 vezes/sem	3-4 vezes/sem	> 5 vezes/ sem
Hambúrguer					

Carnes					
Frango frito					
Salsicha/linguiça					
Apresentado/presunto/salame					
Maionese					
Manteiga					
Ovo frito					
Bacon					
Queijos					
Leite integral					
Batata frita					
Salgadinhos chips					
Sorvetes					
Produtos de pastelaria					
Bolacha recheada					
Bolo indust/bolo c/ cobertura/					
Chocolate					

Score para gorduras: _____

Alimentos	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	< 1 vez/ sem	1 vez/ sem	2-3 vezes/sem	4-6 vezes/sem	Todos os dias
Sucos naturais de frutas					
Frutas					
Verduras folhosas					
Legumes					
Feijão, lentilha, grão de bico, ervilha					
Cereais integrais (arroz/ macarrão integral)					
Aveia					
Farelo de cereais					
Pão integral					

Score para fibras: _____

Score para gorduras	≤ 17	Consumo mínimo	()	Score para fibras	≤ 19	Consumo mínimo	()
	18 a 21	Baixo consumo	()		20 a 29	Consumo regular	()
	22 a 24	Consumo relativamente alto	()		> 30	Consumo adequado	()
	25 a 27	Consumo alto	()				
	> 27	Consumo muito alto	()				

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

	Avaliação inicial	Avaliação final
Peso habitual (Kg)		
Peso atual (kg)		
Estatura (cm)		
IMC (kg/m ²)		
CP (cm)		
CC (cm)		
Diagnóstico		

DADOS BIOQUÍMICOS

	Avaliação inicial	Avaliação final
Data do exame		
Colesterol total (mg/dL)		
HDL (mg/dL)		
LDL (mg/dL)		
Triglicerídeos (mg/dL)		
Glicemia (mg/dL)		
Creatinina (mg/dL)		
Uréia (mg/dL)		

Ácido úrico (mg/dL)		
TSH (mg/dL)		
T4 (mg/dL)		

RECORDATÓRIO DE 24 HORAS

Refeição/horário	Alimento	Quantidade	Observação

--	--	--	--

ADEQUAÇÃO DS NUTRIENTES DA DIETA

	Necessidade nutricional	Avaliação inicial
Energia (kcal)		
Carboidratos (g)		
Carboidratos (%)		
Proteínas (g)		
Proteínas (%)		
Lipídeos (g)		

Lípídeos (%)		
AGSA (%)		
AGMO (%)		
AGPO (%)		
Colesterol (mg)		
Fibras (g)		
Cálcio (mg)		
Fósforo (mg)		
Ferro (mg)		
Sódio (mg)		
Potássio (mg)		
Zinco (mg)		
Vitamina A (UI)		
Vitamina C (mg)		

MB: _____

VET: _____

Nutricionista/estagiário: _____



AVALIAÇÃO FINAL DOS PACIENTES EM GRUPO

Data: ____/____/____

HÁBITOS GERAIS

Atividade Física

Frequência/ duração:

Tabagismo () sim () não () Ex-tabagista tempo _____ Quantidade

Etilismo() sim () não () Ex-etilista tempo _____

Quantidade _____

Ingestão hídrica: água _____ chá _____ suco _____

Medicamentos e suplementos:

HÁBITOS ALIMENTARES

Mastigação: adequada () lenta () rápida () compulsiva Obs.:

Apetite() bom () regular () ruim

Obs.: _____

Hábito intestinal: () regular () ruim

Frequência: _____

Alterações TGI:() obstipação () diarreia () distensão () flatulência

Local onde realiza as refeições: _____ Com quem costuma realizar as refeições:

Quantas pessoas moram na sua casa? _____ Frequência da alimentação fora de casa:

Onde costuma se alimentar quando come fora de casa?

Troca o almoço ou jantar por lanches: () sim () não () às vezes

Gordura utilizada: () vegetal () animal N° de latas de óleo/mês: _____

Quantidade de sal consumida: _____/ mês Coloca mais sal na comida que está no prato: () sim () não () às vezes

Utiliza temperos prontos: não () sim () quais: _____ frequência:

O que usa para adoçar: () açúcar branco () adoçante () mel/melado/açúcar mascavo

Quantidade de açúcar consumida: _____/ mês Frequência de ingestão de refrigerante:

Frequência de ingestão de suco industrializado: _____

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR SIMPLIFICADO

Alimentos	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	< 1 vez/ mês	2-3 vezes/mês	1-2 vezes/sem	3-4 vezes/sem	> 5 vezes/ sem
Hambúrguer					
Carnes					
Frango frito					
Salsicha/linguiça					
Apresuntado/presunto/salame					
Maionese					
Manteiga					
Ovo frito					
Bacon					

Queijos					
Leite integral					
Batata frita					
Salgadinhos chips					
Sorvetes					
Produtos de pastelaria					
Bolacha recheada					
Bolo indust/bolo c/ cobertura/ recheado					
Chocolate					

Score para gorduras: _____

Alimentos	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	< 1 vez/sem	1 vez/ sem	2-3 vezes/sem	4-6 vezes/sem	Todos os dias
Sucos naturais de frutas					
Frutas					
Verduras folhosas					
Legumes					
Feijão, lentilha, grão de bico, ervilha					
Cereais integrais (arroz/ macarrão integral)					
Aveia					
Farelo de cereais					
Pão integral					

Score para fibras: _____

Score para gorduras	≤ 17	Consumo mínimo ()	Score para fibras	≤ 19	Consumo mínimo ()
	18 a 21	Baixo consumo ()		20 a 29	Consumo regular ()
	22 a 24	Consumo relativamente alto ()		> 30	Consumo adequado()
	25 a 27	Consumo alto ()			
	> 27	Consumo muito alto()			

RECORDATÓRIO DE 24 HORAS

Refeição/horário	Alimento	Quantidade	Observação

--	--	--	--

ADEQUAÇÃO DOS NUTRIENTES DA DIETA

	Necessidade nutricional	Avaliação final
Energia (kcal)		
Carboidratos (g)		
Carboidratos (%)		
Proteínas (g)		
Proteínas (%)		
Lipídeos (g)		
Lipídeos (%)		
AGSA (%)		
AGMO (%)		
AGPO (%)		
Colesterol (mg)		
Fibras (g)		
Cálcio (mg)		
Fósforo (mg)		
Ferro (mg)		
Sódio (mg)		
Potássio (mg)		
Zinco (mg)		
Vitamina A (UI)		
Vitamina C (mg)		

MB: _____ VET:

Nutricionista/estagiário:

