

# EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

## Food and Nutrition Education from the perspective of Primary Health Care

Lucia Fellegger Fernandes Alves<sup>1</sup>, Fernanda Ferreira Marcolino<sup>2</sup>

### RESUMO

Diante da relevância da obesidade como problema de saúde pública e sabendo que as ações de promoção da saúde e hábitos saudáveis de alimentação são condutas eficazes para prevenir a evolução desse agravo, este estudo objetivou identificar as mudanças no estilo de vida a partir do processo educativo na percepção de participantes de um grupo de educação nutricional. Trata-se de uma pesquisa descritiva e explicativa, com abordagem qualitativa, sendo constituída por seis sujeitos adultos, obesos, com ou sem comorbidades associadas que participaram do grupo de educação nutricional desenvolvido em uma UBSF localizada na Zona Leste do município de São Paulo. As entrevistas foram guiadas por um roteiro semiestruturado e, posteriormente, transcritas na íntegra, categorizadas e analisadas a partir da técnica de análise de conteúdo preconizada por Bardin. Os discursos foram agrupados em seis categorias, que evidenciaram mudanças significativas e duradouras dos hábitos alimentares, com repercussão no âmbito familiar, além de novas significações para a prática de atividade física. O trabalho em grupo possibilitou a troca entre os saberes formais e populares e mostrou-se um recurso interessante para se conduzir o processo de educação em saúde, favorecendo as mudanças no estilo de vida. Torna-se relevante a valorização dessa ferramenta de trabalho pelos profissionais da atenção básica a fim de tornar as ações mais efetivas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Obesidade; Hábitos Alimentares; Exercício.

### ABSTRACT

Given the importance of obesity as a public health problem and knowing that health promotion actions and healthy eating habits are effective actions in preventing the evolution of this harmful condition, this study aimed to identify changes in lifestyle stemming from the educational process in the perception of participants of a nutrition education group. This is a descriptive and explanatory study, with a qualitative approach, and is composed of six obese adult subjects, with or without associated co-morbidities, who participated in the nutrition education group developed at a Basic Family Health Unit located in the Eastern District of the city of São Paulo. The interviews were guided by a semi-structured script, and later fully transcribed, categorized, and analyzed based on the content analysis technique proposed by Bardin. The discourses were grouped into six categories that showed significant and lasting changes in eating habits, with repercussions in the family setting, and new emphasis on the practice of physical activity. Group work facilitated exchange between formal and popular knowledge, and proved to be a useful resource in the process of health education, encouraging changes in lifestyle. The recognition of this tool by primary care professionals is relevant to increasing the effectiveness of their work.

**KEYWORDS:** Primary Health Care; Health Education; Obesity; Food Habits; Exercise.

<sup>1</sup> Lucia Fellegger Fernandes Alves, nutricionista especialista em Saúde da Família, na modalidade Residência Multiprofissional - Faculdade Santa Marcelina/ Casa de Saúde Santa Marcelina. E-mail: lucia\_fellegger@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Fernanda Ferreira Marcolino, nutricionista, facilitadora da Comunidade de Práticas do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Mestre em Ciências da Saúde - Universidade de São Paulo

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas houve um aumento significativo da prevalência de excesso de peso no mundo, influenciando o perfil de morbimortalidade da população por representar um fator de risco para várias doenças.<sup>1-4</sup> No Brasil, uma análise temporal de 34 anos (1974-2008) mostra que a prevalência de excesso de peso em adultos aumentou em quase três vezes no sexo masculino e em quase duas vezes no sexo feminino e a prevalência de obesidade aumentou em mais de quatro vezes para homens e em mais de duas vezes para mulheres.<sup>5</sup>

A obesidade é um agravo de caráter multifatorial, sendo que os fatores ambientais desempenham um papel predominante no seu desenvolvimento.<sup>1,6</sup> A modernização, notada nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, associa-se à predominância de ocupações e atividades de lazer que demandam menor esforço físico, levando a um baixo gasto energético. Em paralelo, o padrão de consumo alimentar atual está baseado na ingestão excessiva de alimentos de alta densidade energética, ricos em gorduras e açúcares e na diminuição do consumo de alimentos ricos em fibras e micronutrientes.<sup>4,6</sup>

Diante desse cenário, as condutas mais eficazes para prevenir a instalação e evolução da obesidade são as ações de promoção da saúde e hábitos saudáveis de alimentação, que estão previstas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição e na Política Nacional de Promoção da Saúde.<sup>7,8</sup> Essas atividades encontram-se inseridas no processo de trabalho dos profissionais que atuam na atenção básica<sup>9</sup>, com destaque dado aos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família, os quais também contam com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que tem o objetivo de apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção à saúde.<sup>10</sup>

Diante da relevância da obesidade como problema de saúde pública em nosso país e sabendo que seu desenvolvimento é passível de intervenção, torna-se necessária a realização de estudos para que a prática educativa possa ser aprimorada e compartilhada com outros profissionais da atenção básica.

O objetivo deste estudo foi identificar as mudanças no estilo de vida a partir do processo educativo na percepção de participantes de um grupo de educação nutricional.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva e explicativa, com abordagem qualitativa, desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) localizada em Guaianases, na Zona Leste do município de São Paulo.

Os sujeitos do estudo foram constituídos por adul-

tos obesos com ou sem comorbidades associadas, cadastrados nessa UBSF que participaram de dois grupos de educação nutricional, sendo um entre os meses de abril e junho de 2010 e o outro de fevereiro a abril de 2011. Cada grupo atendeu uma turma de usuários diferentes e teve a duração de aproximadamente oito encontros semanais. Utilizando a mesma estratégia de intervenção e a metodologia problematizadora, nesses encontros foram trabalhados temas referentes aos grupos alimentares, balanço energético e influência da atividade física na qualidade de vida, além de orientação sobre espaços na comunidade para realização de atividade física e discussão sobre as dificuldades encontradas para conciliar as atividades diárias com novos interesses.

Foram convidadas a participar dessa pesquisa todas as pessoas que compareceram em pelo menos cinco encontros. Assim, sete pessoas foram convidadas, obteve-se uma recusa e, dessa forma, o estudo foi realizado com seis sujeitos. Foram respeitados todos os preceitos éticos em pesquisa: aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (parecer nº 131/11) e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi realizada no mês de junho de 2011, através de entrevista com roteiro semiestruturado composto de questões abertas: (1) Para você o que é ter saúde? (2) Como você considera seu estado de saúde atual? (3) Você percebeu mudança nos hábitos alimentares? Quais? (4) Você percebeu mudança na prática de atividade física? Quais? (5) Você percebeu mais algum benefício que o grupo proporcionou? Quais? (6) Na sua opinião, de que forma o grupo contribuiu para que essas mudanças ocorressem?

As entrevistas foram registradas em um gravador de áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra. Na análise dos dados, os discursos mais relevantes foram selecionados e, após identificar a ideia central das respostas, foram agrupados por afinidade ou semelhança a fim de categorizá-los, conforme técnica de análise de conteúdo de Bardin.<sup>11</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os participantes eram do sexo feminino, sendo três integrantes de cada um dos grupos de educação nutricional. Outras características que se destacaram foram: idade média de 37,8 anos; renda média mensal familiar de R\$1480,00; número médio de moradores por domicílio de 3,6 pessoas; grau de escolaridade, com três mulheres com Ensino Médio completo; ocupação, cinco participantes que cuidavam exclusivamente do lar.

A partir da análise dos discursos, foram formuladas seis categorias: conceito de saúde: modelo biomédico x visão ampliada; contribuições do processo educativo no trabalho em grupo; mudanças no padrão alimentar; porcionamento e organização dos horários de alimentação; novas significações para a prática de atividade física; e benefícios biopsicossociais.

### Conceito de saúde: modelo biomédico x visão ampliada

Na história da medicina, o conceito de saúde e doença tem sido modificado ao longo dos tempos, sendo influenciado pelas concepções científicas, religiosas e filosóficas de cada época.<sup>12</sup>

O modelo biomédico de saúde, que emergiu no século XVII, permitiu progressos teóricos que reorientaram a prática médica da época. Entretanto desenvolveu-se centrado na doença, priorizando as ações de recuperação e reabilitação das doenças para se atingir a cura. Além disso, esse modelo foi caracterizado pelo biologicismo, que pressupõe o reconhecimento da natureza biológica das doenças, desconsiderando o contexto social, familiar e emocional.<sup>13</sup>

Atualmente, sabe-se que o modelo biomédico apresenta limitações, devendo ser ampliado dentro do contexto socioecológico. Porém, ainda nos dias atuais, esse modelo predomina na atenção à saúde<sup>13,14</sup> sendo evidenciado neste trabalho, onde as participantes definiram o conceito de saúde como a ausência de doença e consideraram seu estado de saúde bom ou ruim dependendo da presença ou ausência de alguma doença no momento. Outra questão observada, relacionada com o modelo biomédico, foi a adoção de hábitos saudáveis buscando a cura de doenças e não como promoção de saúde.

*Minha saúde hoje tá ótima [...] faço exame, normal, pressão voltô normal, melhorô os triglicérides [...] (E1)*

*É a gente tá se sentindo bem, né? E pra mim, eu acho importante assim, não tê diabete, né? [...] esse problema de pressão alta, né? Sê assim uma pessoa saudável. (E4)*

*Ab, eu acho que é tê uma vida saudável, é não tê nenhuma doença, ter uma boa alimentação [...] porque é isso que uma má alimentação vai trazê, é o colesterol, diabete, essas coisa, né? (E3)*

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde divulgou um novo conceito de saúde dizendo que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e

não apenas a ausência de enfermidade”.<sup>12,37</sup> Essa nova definição abriu um espaço para se pensar a saúde de forma mais ampla e integral, além de favorecer a análise dos fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve intervir.<sup>15</sup> Dessa forma, o conceito ampliado de saúde conseguiu extrapolar os limites do modelo biologicista, trazendo o foco para a saúde, priorizando-se as ações de promoção da saúde.<sup>14</sup>

Apesar de o conceito de saúde baseado na ausência de doença ser muito evidente no presente estudo, os discursos abaixo mostram que algumas pessoas entrevistadas conseguem agregar diferentes fatores necessários para se ter uma boa saúde, como relacionamentos interpessoais, familiares e emprego:

*[...] se relacionar bem com as pessoa também faz parte de, né? De uma vida saudável [...] (E6)*

*Ab, se sentir bem com a gente mesmo também, né? Tipo assim com o corpo da gente, com o espírito, assim com tudo, né? Com a vida da gente, com a família da gente, isso eu acho que no todo, porque eu penso assim que quando a gente tá com algum problema, a gente não sente bem, a gente, aí nada tá bom [...] (E4)*

*[...] eu preciso de arrumá um trabalho [...] Eu creio que a partir do momento que eu arrumá algo, que pra eu me ocupá, né? [...] aí eu acho que eu melboro completamente [...] (E5)*

### Contribuições do processo educativo para o trabalho em grupo

A educação em saúde é uma prática atribuída aos profissionais que compõem a equipe de saúde da família e pode ser definida como um recurso através do qual o conhecimento científico chega até as pessoas com intuito de oferecer subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.<sup>16</sup>

Entretanto o modelo tradicional ainda é encontrado como orientador de práticas educativas e não tem construído a integralidade nem a promoção da saúde de forma ampliada. Essa prática ocorre com a imposição desses comportamentos considerados adequados para a manutenção da saúde por meio de informações verticalizadas, sendo os usuários tomados como indivíduos carentes de informação em saúde. Dessa maneira, a relação entre profissionais e usuários é assimétrica: um detém o conhecimento, com status de verdade, enquanto o outro é excluído do processo, devendo apenas receber as informações consideradas necessárias.<sup>16,17</sup>

As entrevistadas fizeram algumas críticas em relação aos atendimentos tradicionais realizados por profissionais de saúde. Os discursos abaixo mostram a verticalização das ações, nas quais as mudanças de comportamento seguem um padrão “correto” a ser seguido, excluindo as particularidades de cada indivíduo e enfatizando a necessidade da perda de peso.

*É, aí ele dá uma lista pra gente, o que a gente podia comê e o que não podia comê e passava o remédio e pronto, era assim [...] (E4)*

*[...] eu fui com uma nutricionista, ela só olhou pra minha cara, me pesô lá, fez o cálculo, aquele cálculo de peso e altura e me deu uma lista desse tamanho, né? [...] já tinha até as fichinhas já lá pronta [...]Então, não tinha aquela coisa, ah eu não gosto disso então eu posso trocá por aquilo, né? Então não teve orientação, eu senti muita pressão, eu tinha o dever de chegá lá no mês seguinte, né? Com menos peso, né? (E5)*

A Política Nacional de Atenção Básica prevê a realização de ações coletivas voltadas para população, visto que a execução de grupos nesse espaço possibilita a integração de pessoas da mesma comunidade, favorecendo a criação de redes de cuidado para o além-grupo.<sup>9,18</sup> Além disso, as discussões possibilitam a ampliação de conhecimentos com a construção de um sujeito ativo, sendo, portanto, o espaço onde as pessoas podem superar suas dificuldades e alcançar maior autonomia.<sup>19</sup> Os relatos das participantes valorizam os aspectos que favoreceram o processo educativo, como a participação ativa das usuárias, o espaço oferecido para o esclarecimento de dúvidas, as discussões geradas a partir de suas indagações e a periodicidade dos encontros.

*[...] a gente não ficou assim, com aquela vergonha, que a gente pode expor tudo que a gente pensava ali [...]. Isso que eu achei também legal [...] era a participação da gente e ali vocês num davam uma lista, vocês só falavam, aí deixavam a critério da gente [...] (E4)*

*[...] eu achei bastante interessante foi que toda semana a gente tava aqui [...] não dá uma dieta pra você e largá: ó daqui 30 dia cá volta aqui [...] (E3)*

*[...] esse espaço que a gente teve aqui no grupo de tá expondo o problema, de tá falando, tirando nossas dúvidas, né? Então, ir se dedicando, né? [...] isso que me deu força pra, né? Pra mudá. (E5)*

No processo de trabalho grupal, as pessoas compartilham experiências semelhantes, favorecendo um processo primordial para a constituição do grupo: a ressonância, ou seja, o que um diz toca, afeta, ressoa no outro. Esse processo de ressonância de afetos faz com que as pessoas se reconheçam entre si, levando ao sentimento de grupalidade.<sup>18</sup> Neste estudo houve formação e fortalecimento de um grupo, sendo a característica de pertencimento ao espaço grupal evidenciada no relato das entrevistadas.

*[...] você tá vendo as pessoas trazê novas coisas, mostrando que a pessoa conseguiu fazê, que você pode conseguir fazê também. Que isso é legal. (E2)*

*[...] o que eu gostei foi esse acompanhamento entre o grupo que um foi ajudando o outro, foi vendo, ah eu faço isso, eu faço aquilo, dá uma dica disso, de receita ou pra ajudá mesmo as amigas, uma mora perto da outra [...] (E3)*

*[...] a gente sempre acha que o nosso problema é o maior, né?E a gente vê que tem pessoas que tem outros problemas [...] então eu vi que o meu caso não é o pior de todos e que se eu me esforçá, eu vô consegui melhorá, o grupo me ajudou nisso. (E6)*

Além desses aspectos, o espaço grupal confere um grau de informalidade maior que os atendimentos individuais, estreitando a relação entre profissionais e pacientes.<sup>18</sup> O desejo dos participantes em aprender está relacionado não apenas com o grupo como um todo, mas também com a vontade com que o profissional realiza suas ações, ou seja, a maneira como o coordenador interage com as pessoas pode favorecer ou não a vontade do usuário em aprender.<sup>20,21</sup> Pode-se observar essa influência positiva do coordenador no discurso abaixo.

*[...] aqui eu percebi o desejo mesmo do profissional de tá ajudando a gente, entendeu? Foi isso que eu percebi, né? E foi isso também que deu vontade de prosseguir [...] (E5)*

A sintonia emocional, ou seja, o olhar e afeto dos profissionais de saúde com os participantes do grupo também são de extrema relevância.<sup>20</sup> Nesse sentido, Vasconcelos<sup>22</sup> afirma que, a cada dia, torna-se mais evidente que as palavras repercutem muito mais quando expressam sentimentos e valores do que quando usadas apenas como elemento de transmissão de conhecimentos. As entrevistadas relataram que o amor e carinho da coordenadora do grupo foram importantes para que elas conseguissem se envolver mais para alcançar seus objetivos.

*A maneira de você falou com a gente, né? Você transmite assim aquele amor com as pessoas [...] então eu acho que esse amor que você tem pelas pessoas, isso aí que fez a gente mudá [...] (E1)*

*[...] vocês são profissional, mas quando vocês estão ali explicando as coisa pra gente, você explica com amor, com carinho, falando bem assim numa boa que a gente se interessa [...] (E4)*

A prática educativa busca a autonomia e responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, tornando-os capazes de decidir as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde.<sup>16</sup>

### Mudanças no padrão alimentar

As características qualitativas da dieta são de extrema importância para a saúde dos indivíduos. Segundo Sartorelli e Franco<sup>23</sup>, as alterações do consumo alimentar - caracterizadas pelo aumento da densidade energética, alto consumo de carboidratos refinados, gorduras saturadas, ácidos graxos “trans”, colesterol, bebidas alcoólicas e alimentos tipo *fast-foods* - estão relacionadas com o aumento da prevalência de excesso de peso evidenciada nos países do continente americano.

Baseando-se nos dados do Estudo Nacional de Despesa Familiar e das Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), Levy-Costa e col.<sup>24</sup> avaliaram a evolução da disponibilidade domiciliar de alimentos nas áreas metropolitanas do Brasil no período de 1974-2003. De acordo com o estudo, houve aumento de até 400% no consumo de produtos industrializados (como biscoitos e refrigerantes), persistência do consumo excessivo de açúcar e insuficiente de frutas, verduras e legumes e aumento no teor de gorduras em geral e gorduras saturadas da dieta.

Na sequência, a POF 2008-2009 apresentou a evolução do consumo domiciliar de alimentos através de dados comparativos com o estudo anterior (POF 2003-2004), com persistência do teor excessivo de açúcar e aumento no aporte de gorduras em geral e de gorduras saturadas. Além disso, houve estagnação quanto a verduras e legumes, mantendo o consumo conjunto de frutas e hortaliças muito abaixo das recomendações nutricionais.<sup>25</sup>

As entrevistadas relataram padrões alimentares semelhantes aos dados nacionais da POF. Entretanto, com a participação nos grupos, observaram-se alterações qualitativas na alimentação, destacando-se o aumento da ingestão de verduras e legumes, redução dos alimentos pertencentes aos grupos de óleos e gorduras e açúcares e doces e redução do consumo de sal. Essas mudanças podem ser

observadas nos discursos a seguir:

*[...] aí almoço arroz com feijão, a salada ou verdura. Assim quando eu tenho, eu coloco a salada e a verdura cozida. Quando não, um ou outro tem que té, não dá pra deixá o arroz, o feijão e a mistura só [...] (E3)*

*[...] a feira dela (mãe) legumes assim era super selecionado, né? Batata e cenoura. [...] Não falta na minha geladeira mais, legumes assim, verduras, não falta, né? (E5)*

*[...] eu comia muito salgadinho, muito lanche, era muita torta que eu fazia na minha casa, muita coisa, muita fritura. Eu diminuí, diminui bastante [...] (E4)*

*[...] a gente se engana muito porque a gente acha que é o óleo que dá sabor, né? E não é, né? E também reduzi bastante o sal [...] (E5)*

*Refrigerante que era muito, já nem tomava água era muito refrigerante. Hoje eu tomo o que? Um copo, nem todos os dias, é só quando tivê com vontade. Não é porque tem que eu tenho que tomá. (E6)*

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu recomendações no âmbito da Estratégia Global da alimentação, atividade física e saúde, a partir das evidências de associação das características da dieta com o estado de saúde dos indivíduos.<sup>26</sup> No ano seguinte, no Brasil, publicou-se o Guia Alimentar para a População Brasileira, primeiro documento nacional com a proposta de implementar as recomendações preconizadas pela OMS e com diretrizes visando a alimentação saudável e promoção da saúde.<sup>27</sup>

Neste estudo, observa-se que as mudanças de hábitos alimentares referidas pelas entrevistadas estão em consonância com as recomendações preconizadas, que são o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, cereais integrais e feijões e a moderação da ingestão de gorduras, açúcar e sal.<sup>26,27</sup>

### Porcionamento e organização dos horários de alimentação

O aumento da ingestão energética pode ocorrer de duas formas. Uma delas é a ingestão de alimentos com maior densidade energética decorrente das mudanças do padrão alimentar (aspecto qualitativo) – apresentadas anteriormente – e a outra está relacionada com o aumento do volume de alimentos consumidos (aspecto quantitativo).<sup>28</sup> Segundo Carlos e col.<sup>29</sup>, o tamanho das porções

consumidas, tanto em restaurantes como em domicílios, têm aumentado nas últimas décadas e sugerem que o aumento no tamanho das porções pode ser relevante na etiologia da obesidade por favorecer o ganho de peso.

O Guia alimentar para a população brasileira considera que as recomendações qualitativas usadas isoladamente como, por exemplo, “modere o consumo de açúcar”, trazem ideias gerais sobre alimentação saudável e devem ser complementadas com as recomendações quantitativas. Assim, um dos princípios apresentados é a “explicitação das quantidades”, ou seja, as diretrizes alimentares apresentadas por esse documento são quantificadas por número de porções.<sup>27</sup> Nos discursos abaixo, é possível verificar que as entrevistadas também apresentaram mudanças quantitativas na alimentação. Relatos de diminuição do consumo de frutas confirmam que a recomendação qualitativa é subjetiva quando usada isoladamente.

*[...] eu comia aquela quantidade que não era coisa saudável [...] tipo assim, melancia. Enquanto não via o fim da melancia eu não parava, mas agora não, eu como uma fatia de melancia, banana também eu comia bastante, não como mais, eu como uma banana [...]* (E4)

*[...] meio, um pãozinho já me satisfaz. Antes, se deixasse, eu queria comê três, quatro [...]* (E5)

A pressão social contra o ganho de peso e obesidade faz com que as pessoas restrinjam o consumo alimentar, a fim de prevenir o ganho de peso ou promover sua perda. O período de restrição alimentar, muitas vezes, vem seguido de episódios de compulsão alimentar, que se caracteriza por um consumo excessivo de alimentos. Além disso, há sugestões que, em resposta aos episódios de escassez de comida, as escolhas alimentares e adaptações fisiológicas podem levar ao aumento da gordura corporal.<sup>30</sup>

A organização dos horários de alimentação foi uma das alterações mais citadas quando as participantes foram questionadas quanto às mudanças dos hábitos alimentares. A omissão e substituição de refeições por lanches era uma prática comum. Essa organização de horários também favoreceu a adequação qualitativa e quantitativa das refeições.

*[...] eu trocava muito os horário, né? Tudo que eu tinha que comê durante o dia, eu descarregava a noite, eu comia a noite, né? Eu levantava de madrugada pra tá tomando refrigerante, ficá comendo bolacha, isso tudo que faz mal, né? Então hoje eu já não faço, né? [...]* (E5)

*[...] eu não jantava, comia algum lanche, alguma coisa as-*

*sim e não sabia a necessidade que era ter o jantar [...]* (E3)

*[...] às vezes eu comia só fruta não comia comida, num tomava café e almoçava e comia só fruta, então eu tava tudo bagunçado, né?* (E1)

*[...] eu comecei a comê menos só que com mais frequência, porque esse era um problema que também que eu tinha, até mesmo meus enjoô melhorô depois disso.* (E6)

## Novas significações para a prática de atividade física

A prática de atividade física associada à alimentação saudável é indispensável para a qualidade de vida da população. Muitas evidências demonstram que a atividade física regular é fundamental para a prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares e seus fatores de risco como hipertensão arterial, resistência à insulina, diabetes, dislipidemia e obesidade.<sup>31</sup> A OMS<sup>26</sup> recomenda que os indivíduos adotem níveis adequados de atividade física durante toda a vida e que, para se obter os benefícios citados anteriormente, é importante a realização de pelo menos 30 minutos de atividade física na maior parte dos dias da semana.

Durante o grupo de educação nutricional, houve discussão sobre a importância da prática de atividade física e seus benefícios para a saúde. Apenas uma entrevistada já realizava atividade física, porém as discussões do grupo trouxeram novos significados para essa prática fazendo com que ela não realizasse os exercícios apenas por obrigação.

A presença do diálogo nas práticas educativas favorece a transformação de saberes e traz novos sentidos sobre o processo saúde-doença-cuidado. A tendência é que as mudanças de hábitos sejam mais duradouras se comparadas com as recomendações autoritárias presentes nos atendimentos tradicionais.<sup>16</sup>

*[...] o médico mandô eu caminhá, eu ia porque era obrigada a caminhá. Agora eu vô mesmo por prazer, porque eu sinto, eu gosto. Tanto que eu ia 2,3 dia, agora tô indo a semana inteira [...] ia por causa da pressão que era muito alta, né? Então eu ia pra pressão baixá. Agora não, agora a pressão tá baixa e eu vô porque eu gosto, quando eu num vô eu sinto falta [...]* (E1)

As demais participantes não realizavam nenhum tipo de atividade física e algumas delas passaram a fazer caminhada durante o período de participação no grupo. A maioria não conseguiu dar continuidade, porém é possível perceber nos discursos que houve um reconhecimento

sobre a importância da atividade física.

*Eu não cobrava muito isso de mim, agora eu cobro. Eu sei que eu não faço, mas eu sei que eu tô em falta com isso. (E2)*

*[...] Claro que é uma preferência nossa de escolher, mas eu vi que o exercício físico era muito importante [...] eu não faço sempre, mas me faz falta. (E6)*

O processo de adesão à atividade física é um fenômeno complexo que deve ser entendido como um processo no qual o hábito de praticar atividades físicas é o comportamento final almejado. Vários fatores podem interferir nesse processo: experiências anteriores, apoio de familiares, aspectos biológicos/fisiológicos, automotivação, disponibilidade de tempo, condição socioeconômica, conhecimento sobre exercício físico, acesso a instalações e espaços adequados à prática de exercícios físicos, entre outros.<sup>32</sup> No discurso abaixo, pode-se verificar alguns desses fatores que justificam a dificuldade na manutenção da prática de atividade física.

*[...] a questão é o tempo, de manhã também é ruim de fazer sozinho, porque menos gente na rua seis horas da manhã, tem tudo isso. Eu tenho medo também, né? Da região que eu moro, não é muito bom não. Se fosse a noite e eu tivesse com quem ir, tudo seria mais fácil. (E6)*

### **Benefícios biopsicossociais**

A implementação de mudanças no estilo de vida pode propiciar a redução de 5% a 10% do peso basal em um período de quatro a seis meses, podendo modificar favoravelmente diversas condições relacionadas à obesidade como a tolerância a glicose, o perfil lipídico, os níveis de pressão arterial e os sintomas associados a doenças degenerativas articulares, depressão e apnéia do sono.<sup>33</sup> As mudanças nos hábitos alimentares apresentadas pelas participantes, assim como a prática de atividade física, proporcionaram alguns benefícios biológicos como a perda de peso, melhora do hábito intestinal, controle da pressão arterial, além de diminuição dos níveis séricos de colesterol.

*[...] Eu não ia no banheiro, eu ficava sem ir no banheiro 20 dias, agora tem vez que eu vou 3 vezes no dia no banheiro [...]. (E4)*

*[...] a partir do momento que eu comecei vim no grupo, acho que eu tive mais 3 exames com ele (médico), aí você pode ver como já diminuiu o colesterol, né? Tanto que eu tava*

*tomando simvastatina forte, ele já diminuiu, né? [...] (E5)*  
*[...] eu tava engordando disparado e agora, graças a Deus, depois dessa educação alimentar, eu acho que diminui bastante, não tô engordando, já emagreci mais um quilo [...]. (E3)*

*[...] a minha pressão abaixou bastante, né? Porque tava 22, né? E abaixou [...]. (E4)*

Apesar da valorização desses benefícios físicos e prevalência do modelo biomédico na conceituação sobre saúde, outros benefícios foram reconhecidos. A participação no grupo também trouxe melhoras para além das questões biológicas, como no relacionamento interpessoal e na autoestima, reforçando a dimensão qualitativa do cuidado em saúde, que se refere à intensidade e ao desejo de viver.<sup>15</sup>

*[...] minha família viu as mudanças, como que eu era, o jeito de eu falar, de eu ficar com as pessoas eu melhorei, entendem? Meu ânimo, fiquei mais animada, mais sorridente, porque aí quando a gente tá triste não tem como sorrir, conversar, né? [...] (E6)*

*[...] eu tinha até vergonha mesmo de tá saindo, de não ser aceita, né? Antes eu era assim, agora não. Agora eu já tô mais assim sociável, já vou mais pros lugares, né? Já passeio mais, né? [...] então acho que foi tudo isso também que o grupo proporcionou, né?. A vontade que você tem de viver mais, né? [...] (E5)*

### **CONCLUSÃO**

As participantes do grupo de educação nutricional relataram mudanças significativas nos hábitos alimentares. A organização dos horários de alimentação foi uma das alterações mais citadas e favoreceu a adequação qualitativa e quantitativa das refeições. Houve referência no aumento da ingestão de hortaliças, além de redução do consumo de gorduras, doces e sal. O trabalho realizado no grupo em relação ao tamanho das porções dos alimentos complementou as discussões a respeito da qualidade da dieta, favorecendo a adequação quantitativa do consumo de alimentos.

Essas mudanças na alimentação foram relatadas pelas participantes de ambos os grupos de educação nutricional, demonstrando a manutenção dos hábitos mesmo após um longo período do término do grupo. Em contrapartida, a prática de atividade física não foi uma mudança duradoura para a grande maioria das pessoas. Porém as discussões realizadas no grupo em relação à importância

da prática de atividade física e seus benefícios para a saúde trouxeram novos significados em relação a essa mudança do estilo de vida. O trabalho realizado em grupo foi de extrema relevância para a ampliação de conhecimentos, favorecendo a concretização das mudanças no estilo de vida das participantes, na perspectiva do cuidado integral e com benefícios biopsicossociais. A frequência dos encontros, participação das usuárias no processo educativo, identificações e integração com o grupo, assim como o vínculo com a coordenadora foram alguns aspectos citados como pontos importantes no processo de aprendizagem e alcance dos objetivos.

Considerando que o trabalho com grupos é um recurso interessante para se conduzir o processo de educação em saúde e que as ações de promoção da saúde e hábitos saudáveis de alimentação devem ser desenvolvidas na ESF, torna-se necessário que os profissionais que atuam na atenção básica valorizem essa ferramenta de trabalho e favoreçam a troca entre os saberes formais e populares a fim de tornar suas ações mais efetivas.

## REFERÊNCIAS

- Francischi RPP, Pereira LO, Freitas CS, Klopfer M, Santos RC, Vieira P, et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev Nutr.* 2000; 13(1):17-28.
- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 2000.
- Goulart AC. Obesidade e fatores associados numa amostra de mulheres em área de exclusão social, na cidade de São Paulo: correlação com índices antropométricos [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005. 242f.
- Brasil. Ministério da Saúde. Obesidade. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil [internet]. Rio de Janeiro; 2010. [Citado 2010 dez. 14]. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008\\_2009\\_aval\\_nutricional/pof20082009\\_avaliacao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_aval_nutricional/pof20082009_avaliacao.pdf)>.
- Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev Nutr.* 2004;17(4):523-33.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006. [Citado 2010 dez. 14]. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
- Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
- Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis.* 2007; 17(1):29-41.
- Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saude Soc.* 2002; 11(1):67-84.
- Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da saúde: porque sim e porque ainda não! *Saude Soc.* 2004; 13(1):14-24.
- Campo GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 53-93.
- Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu).* 2005; 9(16):39-52.
- Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(1):139-46.
- Brasil Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
- Almeida SP, Soares SM. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(supl.1):1123-32.

20. Zimmerman DE, Osorio LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
21. Afonso MLM, Vieira-Silva M, Abade FL. O processo grupal e a educação de jovens e adultos. *Psicol Estud.* 2009; 14(4):707-15.
22. Vasconcelos EM. A espiritualidade na educação popular em saúde. *Cad CEDES.* 2009; 29(79):323-33.
23. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(supl.1):S29-S36.
24. Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(4):530-40.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro; 2010. [Citado 2010 dez. 14]. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008\\_2009\\_aval\\_nutricional/pof20082009\\_avaliacao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_aval_nutricional/pof20082009_avaliacao.pdf)>.
26. Organização Mundial da Saúde (OMS). Estratégia global para a alimentação saudável, atividade física e saúde. Genebra; 2004.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
28. Mendonça CP, Anjos LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(3):698-709.
29. Carlos JV, Rolim S, Bueno MB, Fisberg RM. Porcionamento dos principais alimentos e preparações consumidos por adultos e idosos residentes no município de São Paulo. *Rev Nutrição.* 2008;21(4):383-91.
30. Bernardi F, Cichelero C, Vitolo MR. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Rev Nutrição.* 2005;18(1):85-93.
31. Ciolac EG, Guimarães GV. Exercício físico e síndrome metabólica. *Rev Bras Med Esporte.* 2004;10(4):319-24.
32. Ferreira MS, Najar AL. Programas e campanhas de promoção da atividade física. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(supl.):207-19.
33. Barbato KBG, Martins RCV, Rodrigues MLG, Braga JU, Francischetti EA, Genelhu V. Efeitos da redução de peso superior a 5% nos perfis hemodinâmico, metabólico e neuroendócrino de obesos grau I. *Arq Bras Cardiol.* 2006; 87(1):12-21.

---

Submissão: julho/2012

Aprovação: agosto/2012

---