

LARISSA MORELLI FERRAZ GUIMARÃES

**Elementos facilitadores e dificultadores da adesão a
ações de incentivo ao consumo de frutas e hortaliças**

Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte – MG

2016

LARISSA MORELLI FERRAZ GUIMARÃES

Elementos facilitadores e dificultadores da adesão a ações de incentivo ao consumo de frutas e hortaliças

Dissertação apresentada a Pós-graduação em Nutrição e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Nutrição e Saúde.

Linha de Pesquisa: Nutrição e Saúde Pública

Orientadora: Profa Dr^a Aline Cristine Souza Lopes

Coorientadora: Dr^a Kelly Alves Magalhães

Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte – MG

2016

Guimarães, Larissa Morelli Ferraz.
G963e Elementos facilitadores e dificultadores da adesão a ações de incentivo
ao consumo de frutas e hortaliças [manuscrito]. / Larissa Morelli Ferraz
Guimarães. -- Belo Horizonte: 2016.
86f.: il.
Orientador: Aline Cristine Souza Lopes.
Coorientador: Kelly Alves Magalhães.
Área de concentração: Nutrição e Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

1. Consumo Alimentar. 2. Comportamento Alimentar. 3. Promoção da
Saúde. 4. Pesquisa Qualitativa. 5. Frutas. 6. Verduras. 7. Dissertações
Acadêmicas. I. Lopes, Aline Cristine Souza. II. Magalhães, Kelly Alves.
III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV.
Titulo.

NLM: QU 146

Este trabalho é vinculado ao Grupo de Pesquisa de Intervenções em Nutrição (GIN) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

ATA DE NÚMERO 12 (DOZE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA LARISSA MORELLI FERRAZ GUIMARÃES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM NUTRIÇÃO E SAÚDE.

Aos 05 (cinco) dias do mês de agosto de dois mil e dezesseis, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação, Sala 430 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "ELEMENTOS FACILITADORES E DIFICULTADORES DA ADEÇÃO A AÇÕES DE INCENTIVO AO CONSUMO DE FRUTAS E HORTALIÇAS", da aluna **Larissa Morelli Ferraz Guimarães**, candidata ao título de "Mestre em Nutrição e Saúde", linha de pesquisa "Nutrição e Saúde Pública". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Aline Cristine Souza Lopes, Maria Flávia Gazzinelli Bethony e Celina Maria Modena, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

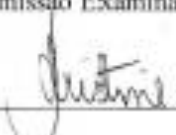
APROVADA;

APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Mateus Gomes Pedrosa, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 05 de agosto de 2016.

Prof.^a Dr.^a Aline Cristine Souza Lopes
Presidente (UFMG)



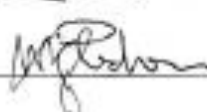
Prof.^a Dr.^a Maria Flávia Gazzinelli Bethony
(UFMG)



Prof.^a Dr.^a Celina Maria Modena
(Fundação Oswaldo Cruz)



Mateus Gomes Pedrosa
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em
reunião do CPGNS
Em 11 / 08 / 16

AGRADECIMENTO

Agradeço infinitamente a **Deus**, Ele segue me surpreendendo com as oportunidades, com as pessoas que coloca em minha vida, com os sinais dos detalhes, com a exigência da espera e com a plenitude de seu amor. A minha mãe **Maria** por sempre estar ao meu lado cuidando de mim.

À minha família, eu agradeço pelos momentos de crise, não foi fácil ser família nos últimos tempos, mas o que se sobressai a qualquer crise é o amor. De forma especial agradeço ao meu pai, por me apoiar, por compreender a minha escolha e estar ao meu lado me incentivando. A **Belle** pelos momentos em que assumiu o meu papel em casa para me poupar e ao **Gu** pelo aconchego do abraço. Ao meu amado **Lucas** pelo amor, ajuda e incentivo, pela paciência e por tolerar os momentos que não foram tão fáceis; e toda a sua família.

Às minhas amigas pela paciência de entender a distância, pelas palavras de apoio, e por fazerem parte da minha vida a vocês **Marcela, Thamiris, Renata, Sabrina, Mari, Chris** e aqueles distantes, mas que estão no meu coração, obrigada.

Agradeço aos “meus meninos do Grupo Semente” e ao nosso **Secretariado**, esses jovens que mostram que há sim um mundo melhor, que é bom ser bom, que me dão força, me alegram e me ensinam. À minha psicóloga **Vivian**, obrigada por compreender os horários, me acolher e ser uma parceira que me permite olhar melhor a mim mesma.

Às “**Meninas FH**”, não tenho palavras para agradecer o acolhimento de vocês nesse grupo, vocês são muito sensacionais e eu não esperava encontrar pessoas tão especiais nessa jornada: **Bruna, Márcia, Mari Carvalho, Mari Lopes, Mel, Nath, Pat, Quel, Ray e Simone**. E a **Elisângela**, companheira de **CECAN** nessa reta final.

À professora **Aline** não só pela orientação, mas pelo acolhimento, incentivo e principalmente a confiança. Essa caminhada só é possível quando caminhamos lado a lado.

À **Kelly** que aceitou o desafio de me coorientar, pelas conversas, trocas de ideias, correções e disponibilidade.

Às alunas de iniciação científica pela troca, pelo apoio, pela convivência. Em especial, agradeço a **Sarah** com quem tanto aprendi nos últimos meses e tanto me auxiliou. Ao **Colegiado de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde** pelas oportunidades e ensinamentos compartilhados.

À Secretaria Municipal de Saúde, pela parceria nesse projeto, em especial à coordenação dos polos do Programa Academia da Saúde, aos profissionais de Educação Física e aos participantes da pesquisa.

E aos órgãos financiadores Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) por possibilitarem o desenvolvimento da pesquisa.

RESUMO

GUIMARÃES, L.M.F. **Elementos facilitadores e dificultadores da adesão a ações de incentivo ao consumo de frutas e hortaliças**. 2016. 86 p. Dissertação (Mestrado em Nutrição e Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

O consumo frequente de frutas e hortaliças (FH) é considerado fator protetor para doenças crônicas não transmissíveis. Entretanto, o consumo deste grupo alimentar encontra-se aquém das recomendações preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, constituindo um problema mundial. Nesse contexto, ações de incentivo ao consumo de FH têm sido priorizadas. Mas, um dos desafios à efetividade dessas ações é a baixa adesão geralmente verificada. Assim, o objetivo deste estudo foi compreender os elementos que interferem na adesão às ações de incentivo ao consumo de FH entre usuários do Programa Academia da Saúde (PAS) de Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em sete polos do PAS do município que receberam intervenções nutricionais de incentivo ao consumo de FH, fundamentadas teórico-metodologicamente na pedagogia dialógica e problematizadora de Paulo Freire e pautadas no Modelo Transteórico. Foram realizadas 45 entrevistas semiestruturadas com os usuários de ambos os sexos e três diferentes faixas etárias. As entrevistas foram gravadas e transcritas e submetidas à análise de conteúdo do tipo temática com auxílio do software NVivo10. A maior parte dos entrevistados (60%) apresentaram alta adesão à intervenção. Como elementos facilitadores da adesão às ações de incentivo ao consumo de FH foram identificados: o próprio PAS, pela proximidade dos usuários e facilidade de acesso; a metodologia utilizada na intervenção, que valorizou o sujeito como protagonista das intervenções; os aspectos inerentes ao sujeito; o apoio familiar; e o vínculo com o grupo, com o serviço e com a equipe. Já os elementos dificultadores foram: o trabalho doméstico e/ou externo; o cuidado do outro; e compromissos pessoais – elementos estes perpassados pelo aspecto do horário das ações. A principal estratégia apontada pelos participantes para superar os dificultadores foi a alternativa proposta pela equipe de pesquisa de flexibilizar o dia e/ou o horário de participação na intervenção. A adesão à intervenção foi elevada e a reflexão sobre elementos facilitadores e dificultadores possibilita desenvolver estratégias conjuntas para que, em outras ações, a adesão seja ainda superior. Destacam-se dois pontos centrais que favoreceram a adesão neste estudo e que podem ser utilizados em outros trabalhos: a metodologia utilizada na intervenção e a flexibilidade para a participação nas ações.

Palavras chave: adesão, intervenção nutricional, frutas, hortaliças, promoção da saúde, pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

GUIMARÃES, L.M.F. **Facilitators and barriers for adherence to actions that encourage fruits and vegetables consumption.** 2016. 86 p. Dissertação (Mestrado em Nutrição e Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

The regular consumption of fruit and vegetables (FV) is considered a protective factor for chronic non-communicable diseases. However, the consumption of this food group is short of recommendations advocated by the World Health Organization, constituting a worldwide problem. In this context, actions to encourage the FV consumption have been prioritized. But one of the challenges to the effectiveness of these actions is the low adherence usually checked. Thus, the objective of this study was to understand the elements that influence adherence to actions to encourage the consumption of FV among users of the Health Gym Programme (HGP) of Belo Horizonte, Minas Gerais. It is descriptive study with a qualitative approach. The survey was conducted in seven *polos* of the HGP of the city that received nutritional interventions to encourage the consumption of FV, based theoretically and methodologically in the dialogic and problematizing pedagogy of Paulo Freire and grounded in Transtheoretical Model. 45 semi-structured interviews were conducted with users of both sexes and three different age groups. The interviews were recorded and transcribed and submitted to thematic content analysis with the aid of NVivo10 software. Most of the respondents (60%) had high adherence to intervention. As facilitator of adherence to actions to encourage the consumption of FV were identified: HGP itself, the proximity of users and ease of access; the methodology used in the intervention, which emphasized the importance of the subject as the protagonist of interventions; the aspects inherent to the subject; the family support; and the link with the group, with the service and the team. Already the barriers were: housework and/ or external; the care of another; and personal commitments - these elements pass the aspect of timing of actions. The main strategy pointed to by the participants to overcome the difficult aspects was the alternative proposed by the research team to change the day /or time of participation in the intervention. The adherence of the intervention was high and the reflection on facilitators and barriers makes it possible to develop joint strategies to that in other actions, the adherence to be even higher. Noteworthy are two central points that favored adherence in this study and that can be used in other works: the methodology used in the intervention and the and flexibility for participation in actions.

Keywords: adherence, nutritional intervention, fruits, vegetables, health promotion, qualitative research.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Etapas da Intervenção	29
Figura 2	- Indivíduos elegíveis para o estudo	36
Figura 3	- Elementos facilitadores da adesão à intervenção de incentivo ao consumo de frutas e hortaliças conduzida no Programa Academia da Saúde. Belo Horizonte - MG, 2014-15.	46
Figura 4	- Elementos dificultadores da adesão à intervenção de incentivo ao consumo de frutas e hortaliças conduzidas no Programa Academia da Saúde e estratégias de enfrentamento. Belo Horizonte - MG, 2014-15.	54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Adesão dos participantes às intervenções de incentivo ao consumo de frutas e hortaliças. Belo Horizonte, 2014-15.	45
------------------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	- Oficinas desenvolvidas na intervenção	31
Quadro 2	- Ações no ambiente desenvolvidas na intervenção	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Características sociodemográficas dos Polos do PAS alocados no GI	35
Tabela 2	- Perfil dos participantes do estudo (n=45). Belo Horizonte, 14-15	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	-	Atenção Primária à Saúde
DCNT	-	Doenças crônicas não transmissíveis
FH	-	Frutas e hortaliças
GC	-	Grupo controle
GI	-	Grupo intervenção
HAS	-	Hipertensão arterial sistêmica
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PAS	-	Programa Academia da Saúde
PNAD	-	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAN	-	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
POF	-	Pesquisas de Orçamentos Familiares
VIGITEL	-	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. Introdução	17
2. Objetivos	24
2.1. Objetivo Geral	24
2.2. Objetivo Específico	24
3. Metodologia.....	26
3.1. Delineamento do Estudo.....	26
3.2. Local de Estudo	26
3.3. Referencial Teórico-Metodológico da Intervenção	27
3.4. Amostra e Participantes do Estudo	33
3.5. Estudo Piloto.....	36
3.6. Coleta de Dados	37
3.7. Análise de Dados	39
3.8. Aspectos Éticos	40
4. Resultados	43
4.1. Elementos facilitadores da adesão às ações de incentivo ao consumo de frutas e hortaliças.....	45
4.2. Elementos dificultadores da adesão às ações de incentivo ao consumo de frutas e hortaliças.....	53
5. Discussão.....	59
6. Considerações Finais	73
Referências.....	75
Apêndice.....	85



Introdução

1. Introdução

As frutas e hortaliças (FH) fazem parte de uma alimentação adequada e saudável. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza como sendo um consumo adequado a ingestão de 400 gramas de FH por dia¹, correspondendo a cinco porções diárias.

O seu consumo frequente é considerado fator de proteção contra Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) devido às funções enzimáticas e antioxidantes de suas vitaminas e minerais, além das fibras que auxiliam no controle glicêmico, do colesterol e do funcionamento intestinal²⁻⁵. Entretanto, é baixo o consumo relatado pela população, constituindo uma problemática mundial².

Estudo que avaliou o consumo de FH em 52 países, com adultos que participaram da *World Health Survey (2002–2003)*, mostrou que, de forma geral, 77,6% dos homens e 78,4% das mulheres, apresentavam baixo consumo de FH (menos que as cinco porções diárias)⁶.

De forma similar, a maior parte da população brasileira não alcança a recomendação preconizada pela OMS⁷⁻⁸. A pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) revelou que, em 2014, apenas 36,6% dos indivíduos brasileiros tinham um consumo frequente de FH⁸. Já a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 2008-2009, indicou que menos de 10% da população atingiu a recomendação proposta pela OMS⁷.

De acordo com o Relatório Mundial de Saúde, 2,7 milhões (4,9%) dos óbitos e 26,7 milhões (1,8%) da carga de doenças são atribuíveis ao baixo consumo de FH². No Brasil, o Estudo de Carga Global de Doenças revelou que 58% dos anos de vida perdidos precocemente se devem às DCNT⁹.

Considerando este contexto, ações de incentivo ao consumo de FH têm sido priorizadas em todo o mundo^{3,10-11}. Documentos internacionais ratificam esta necessidade, como o relatório do workshop internacional de “Frutas e Vegetais para a Saúde”, realizado no Japão em 2004¹¹; e a Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde – marco mundial

na prevenção e controle integrado das DCNT –, que apresenta como um de seus objetivos promover ações de incentivo ao consumo de FH¹².

No Brasil, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)⁹ e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)¹³ contemplam diferentes programas e ações que incluem como orientação comum o desenvolvimento de ações de incentivo ao consumo de FH. Como exemplo, cita-se a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade¹⁴ e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022¹⁵. A primeira objetiva prevenir e controlar a obesidade na população brasileira mediante ações intersetoriais, sendo um dos meios, a promoção da alimentação adequada e saudável. Um dos eixos desta Estratégia refere-se a ações de educação, comunicação e informação, que se baseiam em dois instrumentos: o “Marco de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas”¹⁶ e o “Guia Alimentar para a População Brasileira”¹⁷, que igualmente preconizam o consumo de alimentos *in natura*, como as FH¹⁴.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, por sua vez, apresenta como uma de suas propostas o desencadeamento de intervenções e ações articuladas que promovam e estimulem a adoção de comportamento e estilos de vida saudáveis. Uma de suas metas constitui o aumento do consumo de FH, seja por meio de taxaço fiscal para diminuir os custos dos alimentos saudáveis ou pelo desenvolvimento de ações de incentivo ao consumo de FH¹⁵. Em seu eixo de promoção da saúde, por meio de ações de atividade física, também está colocada a construção de espaços saudáveis como o Programa Academia da Saúde (PAS), que igualmente priorizam a promoção da alimentação adequada e saudável. O PAS é um serviço da Atenção Primária à Saúde (APS), que se destina a: realização de práticas corporais e atividades físicas, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, promoção da alimentação saudável, práticas integrativas e complementares, práticas artísticas e culturais, educação em saúde, planejamento e gestão, e mobilização da comunidade¹⁸.

O avanço das políticas e programas citados no intuito de construir e fortalecer a saúde no país mediante a promoção de modos saudáveis de vida, decorre da necessidade de conter o avanço das DCNT. No Brasil, 24,8% das

pessoas relatam possuir hipertensão arterial sistêmica (HAS), 8,0% diabetes, 20,0% dislipidemias e 17,9% obesidade⁸.

Diante deste avanço das DCNT, em Belo Horizonte, o Grupo de Trabalho de Promoção da Saúde, organizado pela Secretaria Municipal de Saúde, em 2005, implantou um projeto de promoção à saúde e de prevenção dos fatores de risco de DCNT intitulado Projeto BH Mais Saudável. Um de seus desdobramentos foi a criação, em 2006, das Academias da Cidade, atualmente denominado como PAS, conforme legislação nacional¹⁸⁻¹⁹.

Assim como Belo Horizonte, outros municípios, como Recife, Aracajú, Vitória e Curitiba, já possuíam iniciativas similares, anteriores à criação do PAS no Brasil²⁰⁻²¹. Estudos realizados nestes serviços revelaram cenários de saúde inadequados, justificando a sua relevância. Trabalho realizado nos polos do PAS de Aracajú-SE, em 2007, com amostra representativa de mulheres com idade entre 18 e 59 anos, verificou que grande parte dos usuários apresentava excesso de peso (65,5%), HAS (42,9%), dislipidemias (27,3%) e diabetes (7,8%)²².

Outro estudo realizado em um dos polos do PAS de Belo Horizonte - MG mostrou importantes inadequações alimentares entre os ingressantes no serviço durante um triênio, como o baixo consumo de FH (75,3%), elevada ingestão de bebidas açucaradas (55%) e de gordura aparente da carne (72,4%). De forma semelhante, foram identificadas elevadas prevalências de HAS (41,6%), excesso de peso (70,6%) e riscos metabólicos associados à obesidade (67,6%)²³.

Apesar de o PAS ser um ponto de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) que prioriza ações de promoção da saúde, os estudos revelam que grande parte dos usuários já apresentava algum fator de risco ou DCNT. Tal cenário requer que o serviço desempenhe simultaneamente ações de promoção, preventivas e de cuidado à saúde, com destaque para a alimentação. Destaca-se que o PAS constitui local ideal para o desenvolvimento deste tipo de ação por favorecer o acompanhamento longitudinal dos usuários e o estabelecimento de vínculo. Intervenções nutricionais realizadas neste serviço mostraram que, após a participação nas

ações, os indivíduos apresentaram melhora no perfil alimentar e antropométrico²⁴⁻²⁵. Ressalta-se a importância desses resultados, principalmente quando há uma maior adesão dos participantes e aliados a prática de exercícios²⁴.

Ações de promoção da alimentação adequada e saudável são imprescindíveis aos serviços de saúde, sobretudo na APS, devido o seu alcance e proximidade com a realidade da comunidade. Entretanto, é importante que as ações não sejam apenas desenvolvidas, mas avaliadas com o intuito de verificar a sua efetividade²⁶. Revisão sistemática avaliando programas e intervenções individuais e populacionais voltados para a promoção do consumo de FH realizados com adultos em âmbito mundial revela que, após a participação, os indivíduos aumentaram o consumo de FH em até 1,2 porções por dia¹¹.

Obstáculos a estas ações de incentivo ao consumo de FH também têm sido colocados em debate, como barreiras governamentais, sociais, econômicas e culturais para o seu adequado desenvolvimento¹⁰. Um dos principais fatores discutidos tem sido a adesão por ser um fator modificável²⁷, que igualmente constitui um desafio para se alcançar a maior efetividade das ações.

Programas e projetos de saúde se implementam em contextos amplos que não devem ser desprezados, considerando não só a realidade epidemiológica, mas as forças sociais, políticas, econômicas e culturais envolvidas²⁸. Do contexto ao qual as pessoas estão inseridas, a (não) adesão faz parte e ao avaliar o impacto desses programas e projetos é necessário considerá-la.

Não existe uma definição própria para adesão em estudos de intervenção coletiva. A definição proposta pela OMS diz respeito a tratamentos crônicos e tem origem com Haynes (1979) e Rand (1993). Relaciona-se ao quanto o comportamento de uma pessoa – como tomar a medicação, seguir uma dieta ou mudar o estilo de vida – coincide com as recomendações realizadas pelo profissional de saúde²⁷.

Neste sentido, vale refletir sobre a diferença entre adesão e complacência²⁷. Na complacência, as ações do indivíduo coincidem com a prescrição, mas ele não é o ator do processo por não participar das decisões, sendo um ser passivo, o que contrapõe ao que é preconizado para ações de promoção da saúde. Já na adesão, o indivíduo participa da resolução do problema por meio de um acordo com o profissional sobre as ações que devem ser realizadas, o que o torna ativo no processo^{27,29,30}.

O conceito etimológico de adesão refere-se ao *ato de aderir, força que causa aderência, apoio, assentimento, cooperação*³¹. A adesão, portanto, extrapola o mero seguimento de prescrições; refere-se a uma parceria entre quem é cuidado e o cuidador, envolvendo respeito à frequência, constância e perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde.

Ademais, a não adesão a qualquer estudo, seja por abandono da pesquisa ou ausência em determinados momentos, é de grande preocupação por poder acarretar viés entre os grupos de comparação (intervenção e controle) e intragrupo (aqueles que participaram mais e aqueles que participaram menos dentro do mesmo grupo)³². Estudos de intervenção individual e coletiva apresentam baixas taxas de adesão dos participantes. Exemplo disso são estudos que realizaram intervenções voltadas para o excesso de peso e/ou diabetes com foco na alimentação, que apresentaram taxas de adesão entre 22,7% a 55%³³⁻³⁷.

São poucos os estudos que tratam da adesão a ações educativas, principalmente as coletivas, e que permitem compreender as condições que favorecem ou não a participação dos indivíduos. Entre dificuldades que podem favorecer esta escassez de pesquisas sobre a temática estão a ausência de padrão-ouro para aferir a adesão²⁷ e a comparabilidade limitada devido os distintos métodos utilizados nas ações realizadas, e cenários e populações envolvidos.

Outra questão relevante refere-se à abordagem da adesão. Muitos estudos apresentam as condições de adesão analisadas apenas de acordo com os perfis de saúde, antropométricos e/ou sociodemográficos, limitando a compreensão da participação das pessoas nas ações educativas³³⁻³⁵. Ademais,

nem todos os estudos que apresentam dados de adesão os têm como foco, não aprofundando a discussão em relação às questões envolvidas nesta variável.

Obter informações mais detalhadas sobre o que leva os indivíduos a abandonarem programas ou ações educativas é indispensável³⁵. O conhecimento das razões para o abandono ou a não participação permite melhorar a adesão em oportunidades próximas e a ampliar a efetividade das ações³⁶. A adesão ou não a alguma ação é uma questão complexa, que exige compreensão dos fatores que a influencia já que é um elemento fundamental para o sucesso de intervenções em saúde.



Objetivos

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Compreender os elementos que interferem na adesão às ações de incentivo ao consumo de FH entre usuários do PAS de Belo Horizonte, Minas Gerais.

2.2. Objetivo Específico

- Analisar os elementos facilitadores e dificultadores da adesão dos participantes às ações de incentivo ao consumo de FH.
- Conhecer o perfil sociodemográfico dos entrevistados.



Metodologia

3. Metodologia

3.1. Delineamento do Estudo

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, integrante de um ensaio comunitário randomizado controlado denominado “Consumo de Frutas e Hortaliças em Serviços de Promoção da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: Fatores Associados e Intervenções Nutricionais”. Este ensaio foi dividido em três fases: caracterização do consumo de FH e fatores associados, desenvolvimento de intervenções de incentivo ao consumo de FH e avaliação de intervenções de incentivo ao consumo de FH³⁸. Este estudo se encontra na terceira fase, cabendo a ele investigar os elementos envolvidos na adesão à intervenção proposta.

A pesquisa qualitativa possui uma metodologia capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às reações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas³⁹. Esse método trabalha com “o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” p.21-22³⁹. Pressupõe uma relação dinâmica e inseparável entre o mundo real e a subjetividade dos participantes⁴⁰. Esse mundo, o mundo humano, é cultural, constituído de significados, razões, projetos, sonhos e representações⁴¹. Tal significado é partilhado culturalmente, organizando o grupo social em torno destas representações e simbolismos⁴². Dessa forma, as abordagens qualitativa e quantitativa são complementares, aprofundando o caráter do social e as dificuldades do conhecimento parcial e inacabado³⁹.

3.2. Local de Estudo

Belo Horizonte é a capital do Estado de Minas Gerais, situada na região Sudeste do Brasil. Seu território é dividido em nove regionais

administrativas, a saber: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova.⁴³

Em 2015 o município teve sua população estimada em 2.502.557⁴⁴ e, atualmente, conta com 64 polos do PAS distribuídos nas nove regionais^{43,45}. Este estudo foi conduzido em alguns desses polos.

O PAS em Belo Horizonte funciona de segunda a sábado, podendo ser pela manhã, tarde ou noite, dependendo da disponibilidade técnica e da demanda. As atividades constam prioritariamente de exercícios físicos, ofertados três vezes na semana, com duração de uma hora, intercalados por outras atividades no polo e por caminhadas. Essas atividades acontecem de maneira flexível, considerando a necessidade e condição física de cada participante⁴⁶.

O PAS atende, preferencialmente, pessoas com 18 anos ou mais. O ingresso no serviço é feito por encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde ou por demanda espontânea. Antes de iniciar as atividades no polo, o usuário participa de avaliação física, conduzida por profissional de Educação Física. Estando apto à prática de exercícios físicos, ele inicia as atividades, se não, é encaminhado para as Equipes de Saúde da Família para acompanhamento⁴⁶. Cada polo apresenta capacidade para atender de 250 a 400 pessoas⁴⁷.

3.3. Referencial Teórico-Metodológico da Intervenção

Para o delineamento da intervenção, a qual este estudo busca compreender a adesão, utilizou-se como referenciais a pedagogia dialógica e problematizadora de Paulo Freire⁴⁸ e o Modelo Transteórico⁴⁹. Além disso, os temas trabalhados foram baseados em estudo qualitativo realizado anteriormente às intervenções que investigou as percepções sobre o consumo de FH entre os usuários do PAS⁵⁰.

Para Paulo Freire, ensinar não é a mera transferência de conhecimento, pois quem aprende também tem algo a ensinar. É estar diante

da curiosidade dos educandos para estimular a construção do conhecimento, sem uma relação de domínio na qual o educador se coloca de maneira verticalizada⁴⁸, mas ao contrário, as intervenções foram desenvolvidas favorecendo a autonomia e o protagonismo dos seus participantes.

É elementar que a autonomia não precede as escolhas e mudanças de comportamento das pessoas, mas é a partir delas e das experiências vividas que se constrói a autonomia. Portanto, as experiências das ações de incentivo ao consumo de FH devem ser estimuladoras da decisão e da responsabilidade⁴⁸, reconhecendo o quê as pessoas sabem e trazem⁵¹.

O Modelo Transteórico é um modelo teórico que envolve a mudança de comportamentos em saúde, pautado em quatro pilares: estágios e processos de mudança, autoeficácia e equilíbrio de decisão. Os estágios de mudança são as fases de prontidão para mudança do indivíduo, definidos em cinco estágios, a saber: pré-contemplação (não há intenção de mudar em um futuro previsto), contemplação (pessoa está consciente de que existe um problema, mas ainda não se comprometeu a mudar), preparação (indivíduo tem a intenção de realizar mudanças no próximo mês, mas a ação efetiva é em um futuro próximo), ação (indivíduo já iniciou modificações em seu comportamento a menos de seis meses) e manutenção (indivíduo já realizou mudanças há mais de seis meses, mas precisa prevenir recaída e consolidar ganhos obtidos)⁴⁹.

A partir destes estágios, os participantes foram agrupados para a aplicação da intervenção. O primeiro grupo, “Pré-Ação” incluiu as pessoas nos estágios de pré-contemplação e contemplação. O segundo, “Preparação”, foi constituído por pessoas em decisão, e o último, “Ação”, por aqueles em ação e manutenção⁴⁹.

Os processos de mudança dizem respeito a como favorecer as mudanças de estágios. São dez os processos de mudança, sendo cinco cognitivos e experimentais (aumento da consciência, alívio dramático, reavaliação do ambiente, autorreavaliação e liberação social); e cinco comportamentais (autoliberação, administração de contingências, relacionamento de auxílio, condicionamento contrário e controle de

estímulos)⁵²⁻⁵⁴. No grupo denominado “Pré-ação” foram priorizados os seguintes processos de mudança: aumento da consciência, alívio dramático, reavaliação do ambiente, autorreavaliação e liberação social; e no grupo “Preparação”, os processos de autorreavaliação, liberação social e autoliberação. Já no grupo “Ação” priorizou-se a liberação social, autoliberação, administração de contingências, relacionamento de auxílio, condicionamento contrário e controle de estímulos.

O equilíbrio de decisão, por sua vez, avalia os prós e os contras para a realização da mudança, sendo que quanto mais avançado o estágio, menores tendem ser os obstáculos identificados pelo indivíduo. A autoeficácia, por sua vez, refere-se à confiança que o indivíduo apresenta ao lidar com situações que desafiem o novo comportamento adotado^{52,54}. Estes dois pilares do Modelo Transteórico foram trabalhados em toda intervenção, independente do grupo de alocação dos participantes.

A intervenção foi conduzida durante sete meses e incluiu as seguintes estratégias educativas: oficinas, mensagem motivacional por cartão postal, ação no ambiente e material informativo (Figura 1).

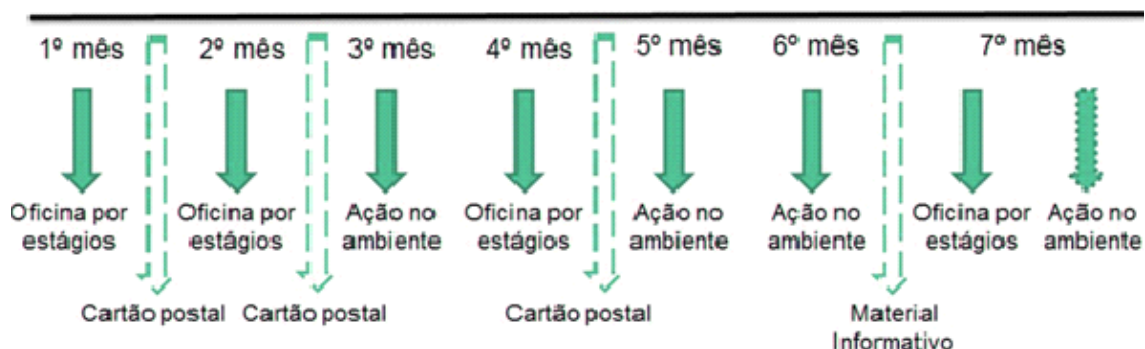


Figura 1: Etapas da Intervenção

Fonte: Mendonça, 2016⁵⁵

A *Oficina* é uma prática de intervenção psicossocial que usa informação e reflexão, trabalhando com significados afetivos e as vivências acerca do tema. Ela envolve o sujeito em sua maneira de pensar, sentir e agir, é uma ação estruturada em grupo, muito útil na área da saúde⁵⁶. Essa é uma estratégia de intervenção que responde ao referencial de Paulo Freire

proposto, uma vez que possibilita a participação ativa do sujeito e trabalha com o saber construído ao trazer suas vivências acerca do tema.

Foram realizadas quatro oficinas, utilizando as técnicas de roda de conversa, teatro-imagem, autorretrato e culinária⁵⁵.

A roda de conversa caracteriza-se por uma escuta ampliada, que permite o posicionamento de cada pessoa sendo um momento de diálogo, troca de informações experiências a partir de um tema⁵⁷.

O teatro imagem é uma forma de ação, de problematizar e refletir, na qual o corpo, a fisionomia, a imagem concreta é que expressam a situação, pensamentos e ideias⁵⁸. O autorretrato, por sua vez, auxilia na construção da identidade por meio do parar, ouvir e sentir, permitindo questionar e fazer a construção em relação a si. Para isso, envolve aspectos emocionais, a imagem que o indivíduo traz do seu interior, dos seus medos e da sua personalidade, bem como em relação à comunidade, ao bairro, à cidade, ao mundo⁵⁹.

A culinária representa não só uma questão de sobrevivência, mas de tradições, rituais, símbolos permitindo a expressão criativa do homem na experiência de cozinhar. Constitui um espaço promissor para intervenções já que possibilita a troca de experiências e um aprendizado próximo do cotidiano das pessoas⁶⁰.

No Quadro 1 estão descritas as oficinas de acordo com os grupos que foram aplicadas e os seus objetivos.

As oficinas possuíam duração de 60 minutos e abarcavam no máximo 20 participantes, sendo reproduzidas quantas vezes fossem necessárias para contemplar todos os participantes. Os usuários eram convidados para participar por convites impressos e ligações telefônicas. As ligações permitiam que o indivíduo alterasse o seu horário, se necessário, bem como a participação daqueles que eram infrequentes no PAS⁵⁵.

Quadro 1: Oficinas desenvolvidas na intervenção

Oficina		Grupo aplicado	Objetivos
1	“Quem somos nós”	Todos	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar os participantes para mudanças visando uma vida saudável - Apresentar aos participantes os estágios de mudança e ações - Conhecer os participantes e suas expectativas com as ações
2	“O que é saúde para você?”	Pré-ação	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre a percepção individual de saúde e o seu conceito
2	“Saúde e Alimentação Saudável”	Preparação	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre determinantes da saúde e sua relação com a alimentação - Discutir a importância de consumir FH e a associação com a saúde
2	“Conhecendo as porções de FH”	Ação	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir estratégias para aumentar consumo de FH - Refletir sobre os benefícios das FH - Conhecer recomendação de consumo de FH
3	“FH, por onde começar? - Aumentando os Prós I”	Pré-ação	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir determinantes das escolhas alimentares e relação com a saúde - Refletir sobre autonomia para escolhas alimentares saudáveis, enfocando FH
3	“Planejando minha alimentação”	Preparação	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer importância de planejar para mudar - Discutir obstáculos para mudanças e elaborar plano de ação
3	“Saboreando as FH – Parte I”	Ação	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir importância do apoio da família, amigos, vizinhos para aumentar/manter consumo de FH - Discutir consumo de FH e técnicas de preparo - Degustar preparações com FH com pouco açúcar
4	“FH, por onde começar? - Aumentando os Prós II”	Pré-ação	<ul style="list-style-type: none"> - Expor a importância de consumir FH - Discutir estratégias para superar obstáculos para o consumo de FH
4	“Laboratório dos gostos”	Preparação	<ul style="list-style-type: none"> - Experimentar FH utilizando os sentidos sensoriais. - Discutir formas de aumentar consumo de FH
4	“Saboreando as FH – Parte I”	Ação	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir o consumo de FH e técnicas de preparo. - Degustar preparações com FH com pouco sal e óleo

Foram realizadas quatro ações no ambiente, incluindo todos os usuários do PAS, independente do grupamento (pré-ação, preparação e ação). As ações constaram de modificações no ambiente do polo, com a inserção de materiais incomuns a estes locais e alteração da rotina. Estas ações objetivaram promover a reflexão dos participantes sobre alimentação adequada e saudável e o incentivo ao consumo de FH. Apresentavam duração de aproximadamente 20 minutos e eram realizadas durante os horários de prática de exercícios físicos, em cada turma, não se restringindo aos participantes da pesquisa⁵⁵.

Vale ressaltar que nas três primeiras ações no ambiente (Quadro 2) foram utilizados painéis com informações sobre os temas trabalhados e as fotografias registradas em encontros anteriores que ficavam afixados no PAS por um mês com o intuito de reforçar e registrar os encontros por meio de fotografias⁵⁵.

Quadro 2: Ações no ambiente desenvolvidas na intervenção

Nome		Inserção no ambiente	Objetivos
1	“FH, por quê?”	Cesta de FH	- Refletir sobre conceito de saúde associado com alimentação saudável - Discutir importância de consumir FH
2	“FH, onde e como? ”	Carrinho de supermercado com espelho	- Refletir sobre os obstáculos (compras e custos) relacionados ao consumo de FH e as estratégias para superá-los
3	“Frutas e hortaliças, na minha vida hoje e sempre! ”	Trecho editado do documentário “Muito além do peso” e petiscos saudáveis ofertados durante o filme	- Refletir sobre obstáculos relativos ao consumo de FH, enfocando paladar, tempo, mídia e relações pessoais - Discutir importância da alimentação saudável
4	“Festival Gastronômico”	Competição com preparações que tivessem FH	- Trocar receitas culinárias e experiências, degustar preparações com FH saudáveis e acessíveis - Estimular o consumo de FH

A última ação no ambiente, denominada festival gastronômico, aconteceu ao finalizar a intervenção. O festival foi um evento, que contou com

a participação de todos os usuários do polo, independente se eram participantes da intervenção. Eles concorriam com preparações culinárias avaliadas por júri, e as três melhores preparações saudáveis, contendo pouca quantidade de açúcar, sal e óleo; que tivessem FH e fossem baratas, eram premiadas. As pessoas poderiam participar sozinhas ou em grupo, possibilitando envolver o núcleo familiar, amigos, outros usuários do PAS que não participaram das ações, entre outros⁵⁵.

Nos cartões postais constavam mensagens motivacionais de estímulo à participação nas ações e adoção de hábitos alimentares saudáveis, personalizadas por grupos de intervenção (pré-ação, contemplação e ação). Os cartões eram individualizados e nomeados. Dessa forma, cada participante recebia três cartões postais personalizados, abordando a importância do autocuidado para os participantes em pré-ação, do planejamento para a mudança para participantes em contemplação e o estímulo a pensamentos positivos quanto ao consumo de FH para aqueles em ação⁵⁵.

Já o material informativo entregue aos participantes constou de encarte sobre a importância das FH e estratégias de promoção do seu consumo. Este encarte foi entregue a todos os participantes, com o objetivo de sanar as dúvidas apontadas pelos usuários durante as ações e dialogar com a família e a comunidade⁵⁵.

3.4. Amostra e Participantes do Estudo

No processo amostral do ensaio comunitário, do qual este trabalho faz parte, foram considerados elegíveis 42 polos do PAS entre os 50 instalados no município no ano de 2012. Foram excluídas seis unidades localizadas em áreas de baixa vulnerabilidade à saúde devido ao número reduzido de polos implantados nestas áreas (12,0%), que inviabilizou a comparabilidade entre aqueles alocados como grupo controle (GC) e grupo intervenção (GI). Foram também excluídos dois polos, das regionais Leste e Barreiro, devido a intensa realização pregressa de estudos de intervenção³⁸.

A partir de amostra estratificada por conglomerado simples, os polos foram aleatoriamente selecionados, de acordo com as nove regionais administrativas do município de Belo Horizonte, totalizando dois polos por regional, sendo nove aleatoriamente alocados como GI e outros nove, GC³⁸.

Foram elegíveis para este estudo os participantes alocados no GI com 20 ou mais anos de idade (critério de inclusão na linha de base do projeto maior) e que participaram do estudo qualitativo realizado na linha de base do estudo maior, ou seja, previamente à intervenção⁵⁰. Este último critério de elegibilidade utilizado visou alinhar as pesquisas com abordagem qualitativa pertencentes ao mesmo projeto e permitir comparações analíticas futuras.

No estudo de Figueira⁵⁰, utilizou-se amostra estratificada de acordo com a combinação de sexo (feminino e masculino) e faixa etária (20 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 ou mais anos) visando garantir maior heterogeneidade, visto que estas características podem influenciar o consumo alimentar. Foram sorteados aleatoriamente dois usuários por categoria demográfica em cada um dos polos do PAS estudados, definição baseada em estudo multicêntrico desenvolvido por Maman e colaboradores⁶¹.

Neste primeiro estudo qualitativo, conduzido por Figueira, houve saturação da amostra no sexto polo dos nove elegíveis para o estudo maior⁵⁰. Contudo, no presente trabalho, a saturação dos dados se deu de forma diferenciada. Dessa forma, após esgotar os seis polos estudados por Figueira, seguiu-se a mesma estratificação para efetuar sorteio aleatório dos usuários nos polos restantes(7, 8 e 9).

Na Tabela 1 encontram-se as características sociodemográficas dos usuários de todos os polos do PAS alocados no GI (Tabela 1).

Foram utilizados como critérios de exclusão para participação neste estudo: não comparecer a entrevista agendada por três vezes, não ser localizado em três contatos telefônicos, impossibilidade de responder a entrevista por problemas cognitivos ou falecimento, ou a não autorização de gravação da entrevista.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos polos do PAS alocados no GI na linha de base do estudo maior.

Polo	Distrito	IVS*	N	Sexo (%)		Idade**	Anos estudo**	Renda per capita mensal (R\$) **
				Feminino	Masculino			
1	Pampulha	Elevado	150	90,0	10,0	56,1	8,0 (0; 19)	895,00 (125,00; 5.200,00)
2	Oeste	Médio	137	85,4	14,6	53,7	4,0 (0; 18)	500,00 (133,33; 16.500,00)
3	Leste	Médio	195	91,3	8,7	58,9	10,0 (0; 20)	750,00 (66,67; 3.333,33)
4	Noroeste	Médio	104	92,3	7,7	52,1	7,5 (0; 16)	678,00 (166,67; 2.166,67)
5	Nordeste	Elevado	151	88,7	11,3	53,0	6,0 (0; 13)	559,66 (135,60; 4.000,00)
6	Norte	Elevado	127	90,6	9,4	90,6	6,0 (0;15)	508,50 (26,67; 4.000,00)
7	Venda Nova	Médio	281	85,1	14,9	59,1	5,0 (0; 19)	700,00 (120,00; 4.000,00)
8	Barreiro	Elevado	225	81,8	18,2	57,1	7,0 (0; 22)	750,00 (113,00; 4.333,33)
9	Centro-Sul	Médio	113	82,3	17,7	57,2	5,0 (0; 16)	625,00 (135,60; 5.000,00)

*Dados da Prefeitura do Município⁶² ** Valores apresentados em mediana (mínimo e máximo)

Nota: IVS = índice de vulnerabilidade social

Para garantir a qualidade da pesquisa realizou-se estudo piloto em um dos polos do PAS (Polo 1) pertencentes ao GI, que foi excluído da análise da amostra final. Dessa forma, o número de participantes esperado, considerando dois representantes de cada sexo e faixa etária em todos os polos do estudo, exceto a unidade piloto, foi de 96 pessoas. Entretanto, por ausência de representantes de determinadas faixas etárias e/ou sexo nos polos investigados, totalizou-se uma amostra potencial de 83 participantes (Figura 2).

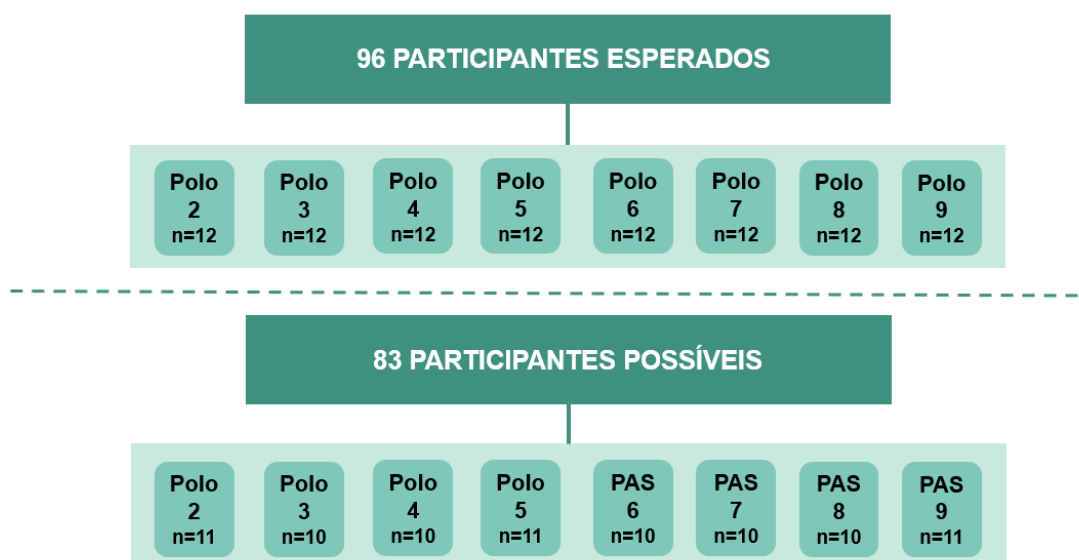


Figura 2: Participantes elegíveis para o estudo

Para regular o tamanho final da amostra utilizou-se o critério de saturação. A saturação é o momento em que o pesquisador não mais consegue obter informações significativas sobre o fenômeno estudado, que acrescente novos elementos para a reflexão teórica⁶³⁻⁶⁴.

3.5. Estudo Piloto

Antes de iniciar a pesquisa, realizou-se estudo piloto visando verificar a aplicabilidade do instrumento de coleta de dados⁶⁵⁻⁶⁶. Elegeu-se o primeiro polo a completar o período de seis meses após a intervenção para a sua realização.

Durante as entrevistas foram anotadas as reações dos entrevistados, as perguntas consideradas conflitivas e as dúvidas, sugestões ou críticas que surgiram e, posteriormente, discutidas com a equipe de pesquisa. A duração da entrevista também foi registrada visando verificar se o questionário estava longo e/ou adequado à população. Este é um momento útil para a revisão do processo de pesquisa⁶⁵⁻⁶⁶, por permitir o aprimoramento do instrumento e da logística empregada.

Após mudanças realizadas a partir do estudo piloto, o roteiro final (APÊNDICE A) constou de dois blocos. O primeiro sobre as ações de incentivo ao consumo de FH, que contemplou questões relativas aos encontros (o que aprendeu, dúvidas, motivação, facilidades e dificuldades para participar), sobre o significado do encontro para o usuário, possibilidade dessa estratégia ser estendida para outras pessoas, possível participação em outros encontros semelhantes e sugestões. O segundo bloco abordou a influência da intervenção sobre a aquisição e consumo de FH.

3.6. Coleta de Dados

Para a caracterização sociodemográfica dos participantes foram utilizados os dados obtidos a partir do questionário quantitativo, aplicado face a face, na linha de base do projeto maior. Foram utilizadas as variáveis sexo, idade, escolaridade (em anos), renda familiar *per capita* e inserção no mercado de trabalho.

A coleta de dados qualitativos foi realizada seis meses após a finalização da intervenção. Tal intervalo de tempo foi utilizado devido o Modelo Transteórico considerar este o período mínimo para o indivíduo modificar e manter um novo comportamento⁶⁷. Espera-se que, após este período, obtenha-se uma melhor compreensão das mudanças e experiências vivenciadas pelos usuários.

Como a intervenção em cada polo finalizou em tempos diferentes, conforme período de implantação, a logística de realização das entrevistas

deste estudo foi realizada por polo a medida que se completava os seis meses de intervenção. Assim, as entrevistas foram feitas de outubro de 2014 a maio de 2015.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada conduzida pelo próprio pesquisador. Entende-se por entrevista semiestruturada aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados nas teorias e hipóteses presentes no estudo, mas que também oferece um amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que surgirão no decorrer do trabalho de campo. Desta maneira, o entrevistado, seguindo sua linha de pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, participa na elaboração do conteúdo da pesquisa^{39,68}. A entrevista semiestruturada serve como um apoio ao pesquisador visando facilitar a abordagem e assegurar que os pressupostos previstos sejam tratados na conversa⁶⁹.

Essa ocorreu no próprio ambiente do PAS, em local que permitia o entrevistado estar confortável para conversar. Os entrevistados foram contactados previamente por telefone para agendamento das entrevistas, as quais foram gravadas, com gravador digital (Sony, ICD-PX440), e transcritas na íntegra. A transcrição foi realizada por profissional habilitado e pelo próprio pesquisador, sendo todas, ao final, conferidas por este.

De forma complementar às entrevistas, utilizou-se de anotações realizadas pelo entrevistador em seu diário de campo. O diário de campo é um importante instrumento do pesquisador, no qual são registradas observações, percepções, experiências, sentimentos e questionamentos sobre as atividades do dia visando assim, contribuir para a descrição e análise do objeto em estudo^{39,65}.

Constituiu-se como corpus de análise deste estudo as informações sobre adesão à intervenção, não sendo utilizado todo o roteiro semiestruturado. O corpus da análise aqui apresentada concentra-se principalmente no primeiro bloco de perguntas. Foi considerada como adesão a participação das pessoas nas ações de incentivo ao consumo de FH. Para fins de comparabilidade, utilizou-se o percentual de adesão definido pelo número de vezes que o

indivíduo participou das ações dividido pelo número total de ações realizadas, sendo classificado como baixa adesão a participação menor que 30%, média adesão quando se encontrava entre 30 e 70% e alta adesão quando a participação era superior à 70%⁷¹⁻⁷².

3.7. Análise de Dados

Na análise do corpus obtido nas entrevistas foi empregada a técnica de análise de conteúdo, conceituada por Bardin (2009)⁷³ como:

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”⁷³. p.44.

Mais especificamente, foi utilizada a análise temática, que consiste em identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode ser relevante segundo o objetivo do estudo. Qualitativamente, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. Esta etapa envolve três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos e, interpretação^{69,73}.

A pré-análise é a fase de organização propriamente dita, essencial para as fases posteriores. Objetiva operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais. O pesquisador faz a apreensão do todo pela leitura exaustiva do material, que vai se tornando mais precisa aos poucos. Nesta fase, retomam-se as hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente aos dados, caso seja necessário⁶⁹.

A exploração do material é a fase mais longa e consiste essencialmente no processo de codificação, em função das regras previamente formuladas, transformando os dados brutos para a compreensão do depoimento. Realiza-se um primeiro recorte do texto em unidades de registro, neste caso, o tema – unidade de significação relacionada ao nível semântico, que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que guia a leitura. Segue-se então à aplicação das regras de enumeração escolhidas, à classificação e agregação, ou seja, a escolha das categorias⁶⁹.

O tratamento dos resultados, inferência e interpretação visa agrupar as unidades de significado de acordo com a sua semelhança. A partir daí se propõem inferências e se interpreta o fenômeno estudado com base nos dados analisados e no aparato teórico do pesquisador⁶⁹.

Para auxiliar no processo de análise foi utilizado o software NVIVO (versão 10). A principal função de um software na análise de dados qualitativos é auxiliar o processo de análise, mantendo o pesquisador o seu papel fundamental nesse processo. O software possui recursos, como a codificação e funções multimídia, além de permitir que pessoas em diferentes espaços geográficos trabalhem simultaneamente nos arquivos em rede⁷⁴.

3.8. Aspectos Éticos

O Projeto maior, do qual este faz parte, foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (nº0537.0.0203.000-11) e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (nº0537.0.0203.410-11A), e cadastrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (RBR-9h7ckx).

Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e métodos da pesquisa por meio de Carta de Informação e assinaram, em seguida, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em consonância com

a Resolução 466/12. Para preservar as identidades, os entrevistados foram referenciados pela letra “E”, seguida do número correspondente ao sorteio.



Resultados

4. Resultados

A saturação dos dados foi alcançada no polo 8 do PAS, constringendo a amostra final de 45 participantes.

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (57,8%), possuía mais de 40 anos (84,5%), era casado ou estava em união consensual (73,3%), possuía menos de oito anos de estudo (60,0%) e relatou não possuir vínculo empregatício (84,4%). A mediana de renda *per capita* foi de R\$775,00 (215,60; 4000,00) e 55,5% dos entrevistados morava com três ou mais pessoas no domicílio. Quanto ao grupo de alocação para o desenvolvimento das intervenções, a maior parte pertencia ao “Grupo Ação” (53,3%), seguido do “Grupo Preparação” (31,1%) (Tabela 2).

A participação média dos entrevistados nas ações da intervenção foi de 67,9%, sendo que 60,0% dos participantes apresentaram alta adesão, seguidos de 24,6% que apresentaram média adesão (Gráfico 1). A adesão dos entrevistados do sexo masculino (67,9%) foi semelhante à das mulheres entrevistadas (68,1%).

Entretanto a mediana de idade desses indivíduos foi diferente, sendo a das mulheres (54,5) inferior à dos homens (60,0). Os homens não tiveram representantes na faixa etária de 20 a 39 anos, os dois possíveis entrevistados recusaram a participar da entrevista, sendo a idade mínima dos entrevistados (40) superior à das mulheres (21).

Tabela 2. Características dos participantes do estudo (n=45). Belo Horizonte, 2014-15.

Características	n	Valores
Sexo (%)		
Feminino	26	57,8
Masculino	19	42,2
Faixa etária (%)		
20 a 39 anos	7	15,6
40 a 59 anos	16	35,6
60 anos ou mais	22	48,8
Cônjuge (%)		
Sim (casado/ união consensual)	33	73,3
Não (divorciado/ solteiro/ viúvo)	12	26,7
Escolaridade (anos) (%)		
<4 anos	6	13,3
4 a 8 anos	21	46,7
>8 anos	18	40,0
Vínculo profissional (%)		
Não*	38	84,4
Sim	7	15,6
Renda <i>per capita</i> mensal (R\$) (mediana; mínimo, máximo)	42**	775,00 (215,60;4000,00)
Número de residentes com o entrevistado (%)		
1 pessoa	3	6,7
2 pessoas	10	22,2
3 pessoas	7	15,6
4 pessoas ou mais	25	55,5
Grupo de intervenção (%)		
Pré-ação	7	15,6
Preparação	14	31,1
Ação	24	53,3

*Do lar/aposentado/pensionista/desempregado; **3 participantes não sabiam ou não responderam.

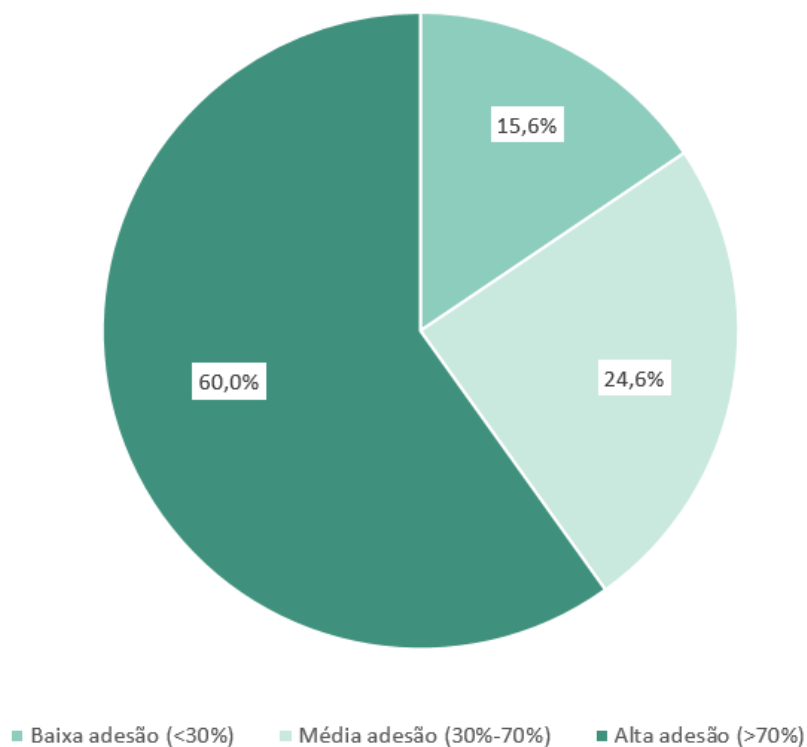


Gráfico 1. Adesão dos participantes às intervenções de incentivo ao consumo de frutas e hortaliças. Belo Horizonte, 2014-15

A partir da análise do corpus, emergiram duas grandes categorias, a saber: elementos facilitadores da adesão e elementos dificultadores da adesão às ações de incentivo ao consumo de FH, as quais serão apresentadas a seguir.

4.1. Elementos facilitadores da adesão às ações de incentivo ao consumo de frutas e hortaliças

Como elementos facilitadores da adesão às ações de incentivo ao consumo de FH desenvolvidas no PAS foram identificados: o próprio PAS, a metodologia utilizada na intervenção, aspectos inerentes ao sujeito, apoio familiar e vínculo. Todos esses elementos interagiram entre si como motivadores, que impulsionaram e levaram as pessoas a participarem ou não da ação, em um ciclo no qual um facilitador potencializa o outro (Figura 3).



Figura 3: Elementos facilitadores da adesão à intervenção de incentivo ao consumo de frutas e hortaliças conduzida no Programa Academia da Saúde. Belo Horizonte - MG, 2014-15.

Nota: PAS= Programa Academia da Saúde; FH= Frutas e Hortaliças.

O PAS foi o elemento mais destacado pelos usuários como facilitador da adesão às ações. O fato de residir próximo ao polo facilitou o acesso, inclusive para pessoas com limitações físicas. O único participante que relatou a localização do PAS como um dificultador de sua participação nas ações, na verdade, não morava na área de abrangência do polo e, portanto, precisava realizar um deslocamento superior do que os demais.

A intervenção, ao ser ofertada preferencialmente no horário habitual que o usuário já frequentava o PAS para a prática de exercícios físicos, possibilitou a ele conciliá-la com as atividades do seu cotidiano, uma vez que rotineiramente disponibilizava este horário para o seu autocuidado, conforme apontado nos relatos a seguir:

“Tudo isso e o fato de ser aqui também, de ser no horário da aula, que aí não ia estar prejudicando e eu não ia ter que disponibilizar de outro momento do meu dia, de outro tempo (...) não vi nenhuma dificuldade de tá participando”. E45

“E aqui é próximo de casa né, então já vem com aquela desculpa que eu tô vindo pra Academia, depois vou pra nutrição, então é mais fácil. Foi bem bacana colocar junto com a Academia. É um estímulo a mais né de você vim e fazer”. E32

Apesar de dois entrevistados terem apontado o espaço do PAS como um limitante devido a infraestrutura, tal aspecto não impossibilitou o desenvolvimento das ações, que foram planejadas e adaptadas pela equipe de pesquisa conforme a realidade local. A exemplo, cita-se a adaptação das oficinas culinárias em alguns polos que não disponibilizavam de cozinha ou similar, sendo levados os alimentos já pré-preparados.

Neste estudo foi possível observar que os participantes apresentavam interesse pelo acesso à informação e à oportunidade de aprendizagem, comprometimento em participar das ações, assim como disponibilidade, e a preocupação com o autocuidado.

Esses elementos consistem nos aspectos inerentes ao sujeito, relativos à motivação que surge dele mesmo, de suas necessidades, desejos e buscas ³⁰, como pode ser visto a seguir:

“Foi muito bom, foi um autoconhecimento assim. Eu sabia, que tinha umas coisas que eu realmente já sabia e eu só não colocava em prática. Então eu meio que redescobri isso pra mim.” E13

“Ah, o que motivava é que, eu gosto, assim para aprender né, que nunca, nunca é demais você cada dia aprender, você morre sem saber ainda. Então, a gente aprendendo é bom.” E44

Os encontros proporcionaram aos participantes autoconhecimento e a ratificação de algumas informações que já eram do conhecimento, sendo uma chance de aprender, reaprender e relembrar.

Os relatos também permitiram compreender o autocuidado como uma preocupação com a saúde e busca pela qualidade de vida, além da percepção sobre a necessidade de mudança, como por exemplo, estar mais atento à alimentação. Interessante notar que tal preocupação estendia-se ao outro, especialmente os familiares, para os quais levavam os conhecimentos apreendidos, multiplicando-os:

“Ajudou, porque principalmente a gente que, sendo a mulher né, que cuida da alimentação e tudo, a gente acaba incentivando todo mundo né e no finalzinho também, como foi o concurso, você acaba envolvendo todo mundo, porque aí na procura de um prato e outro aí pergunta: ‘pra quê que você tá fazendo isso e por quê?’ Aí você acaba envolvendo todo mundo.” E45

“A busca por mais saúde que é uma coisa que eu tô bem preocupada mesmo. Igual eu falei que eu não achava que eu tinha o suficiente de cálcio, então eu vim pra procurar mesmo observar o que eu tava comendo de errado, o que eu tava comendo certo. (...). Ah, essa questão de busca da saúde mesmo, que aí facilita você vim e falar: ‘eu tenho que ir porque eu vou buscar a saúde’.” E32

Tal preocupação com a saúde serviu como motivação para a disponibilidade e o comprometimento com a intervenção, conforme se observa nos relatos a seguir:

“Então, igual hoje, por exemplo, hoje eu pensei em não vir na Academia, mas eu não, eu tenho que ir, que eu marquei com a menina que eu né... Então assim, isso é, motiva a gente a, a vim né e pensar na qualidade de vida da gente, na saúde da gente né.” E35

“Até quando eu frequentava aqui, menina, pra mim, não dificultava nada não. Mas se eu tinha algum compromisso naquele dia, eu tirava aquele compromisso e punha esse aqui. Porque eu achava que era mais importante pra mim.” E16

“A minha disponibilidade, a minha vontade de participar, abria mão de outras coisas porque pra mim, era importante.” E27

Verifica-se, assim, que a disponibilidade não se referiu somente a ter horários livres, mas envolveu também se organizar para estar presente no encontro, aproveitar o tempo para o aprendizado e focar nas ações. Tais aspectos, inerentes ao sujeito, que favoreceram a adesão às ações, ultrapassava a mera presença nas oficinas. Os participantes valorizavam as informações apreendidas e experiências vivenciadas, as quais consideradas essenciais para o autocuidado.

Outro elemento que emergiu das entrevistas como facilitador para a adesão dos usuários às ações foi o vínculo. Este vínculo se deu tanto com os demais participantes do grupo quanto com a equipe de pesquisa e profissionais do PAS.

A construção do vínculo com a equipe de pesquisa foi fundamental para favorecer a adesão dos usuários. Eles destacaram a atenção dispensada em atitudes de carinho, respeito, interatividade, interesse, apoio, momentos de convivência, atenção e clareza das informações prestadas, como materializações deste vínculo. Atitudes estas imprescindíveis frente à vulnerabilidade e a imagem de desprezo que alguns participantes relataram de si:

“O comentário é agradecer a oportunidade de vocês se disporem a vim neste local (região onde está situada o polo) que muita gente despreza bastante, se dispor com o carinho, com a atenção que vocês tiveram, a gente só tem que agradecer. A oportunidade de receber vocês e aprender gratuitamente. Isso foi muito bom.” E3

“Ah, a maneira mesmo de vocês mesmo explicar, né. Então, pra mim, foi muito importante”. E18

Já em relação ao vínculo entre eles, os participantes relataram a importância da convivência, da troca de experiências, de conhecer novas pessoas, e principalmente de estar em um coletivo, sendo o grupo um estímulo ao convívio social, como se observa na fala a seguir:

“Tanta coisa boa que apareceu ali, só..., mas era os colegas também ajuda, um ajuda o outro, igual vocês mesmo foi uma benção na vida minha e de alguém aí, eu garanto. Tenho certeza, que a gente aprende muita coisa boa que a gente não sabia, né.” E42

Entre os entrevistados que moravam sozinhos, a participação nas ações foi igual ou superior a 90%, mostrando a importância da intervenção coletiva para a socialização, apoio social e consequente construção de vínculo. Mas, para possibilitar a participação destas pessoas, a presença de um familiar foi imprescindível, especialmente para pessoas idosas com limitações físicas, seja pelo deslocamento até o polo ou mesmo pela necessidade de companhia como estímulo para participar das ações.

Os participantes relataram gostar de estar no polo e de se sentirem bem neste espaço, sugerindo que a adesão à intervenção pode ter sido favorecida também pelo vínculo previamente construído com o serviço e profissionais. Os educadores físicos foram importantes para o desenvolvimento da intervenção tanto por apoiarem a equipe de pesquisa, quanto por motivarem a participação dos usuários.

Além do PAS, outro ponto forte visto pelos participantes como facilitador da adesão foi a metodologia empregada na intervenção. Alguns participantes relataram ter participado anteriormente de outras ações de alimentação e nutrição, entretanto, consideraram a metodologia analisada nesse estudo diferenciada:

“Então, várias palestras que eu já tenha ouvido, a de vocês, aí, é a mais detalhada, mais tecnicamente, mas eu, pra mim, não, pra mim ficou tudo detalhado”. E18

Os aspectos ressaltados foram: fornecer informações técnicas; incentivar uma visão mais crítica e autônoma da alimentação; promover o debate utilizando linguagem simples, técnicas educativas atraentes e entrega de materiais, como o calendário de safras. Os participantes também se referiram à abordagem da intervenção quanto às FH como multidimensional, incluindo questões de acesso, aquisição, armazenamento, conservação,

preparo e consumo, destacando a amplitude do conteúdo e o fato de terem sido abordadas “novidades”:

“Bom, foram encontros assim divertidos, interativos, com o conteúdo muito bom né de aprendizado e de coisas novas.” E3

“Uai, pela proposta do encontro que era sobre a nutrição, falava que ia explicar tudo sobre o projeto, a forma que colocou pra gente aprender né, como cuidar dos alimentos, como preparar, tudo isso.” E45

“A eu achava muito bom, as palestras muito bom. Faz a gente ver as coisas melhor, né.” E41

“O aprendizado mesmo, você aprender, saber como distribuir certamente os alimentos.” E13

Outro aspecto referente à metodologia de intervenção diz respeito à forma de convite para participação, que primou por uma atitude de acolhimento em um movimento de aproximação das pessoas. Foram feitos convites tanto por meio de material impresso, quanto por contato telefônico, objetivando lembrar os participantes dos dias e horários das oficinas e confirmar a presença. A respeito deste contato, uma entrevistada relata como se sentia:

“Quando me ligavam falando pra vir eu já ficava doida. Igual ontem, o dia, ontem que você me ligou, eu fiquei assim, eu tenho encontro com a nutricionista amanhã, eu quero saber o quê que é, né. A gente fica querendo, a gente fica curiosa né, a gente quer saber o quê que vai acontecer. Isso tudo aí foi tudo muito bom, foi uma coisa assim maravilhosa, podia voltar mais (risos). ” E34

Os participantes ficavam motivados, pois se sentiam valorizados e responsabilizados com as ações, com a equipe de pesquisa e também com os profissionais do PAS.

“Eu fui convidada e assim, eu não gosto de dar o bolo, então, eu vim assim.” E43

Também foi identificado nos relatos dos entrevistados, como um diferencial, o protagonismo dos participantes nas intervenções. Como exemplo da importância desse protagonismo, emergiu a satisfação dos participantes

com o método de oficina culinária utilizado na intervenção, incluindo a execução de preparações culinárias e o festival gastronômico com premiação:

“Elas num fizeram, elas é, mandou nós lavar as verdura e explicou nós, ficou lá perto de nós. Explicou nós e mandou nós fazer a salada, e nós fizemos. Sabe, sanduíche também, mandou nós bater lá no liquidificador, igual patê, esses trem tudo fazer, cada equipe ia fazendo uma coisa sabe. Nossa foi bom demais! A gente aprende muita coisa menina. (...) Pior que o tempo é pouco né, podia ser o dia inteiro, né?!” E43

“É, nós, morador, que fez a festinha. Um fez salada de alface, outro fez salada de repolho, cada um fez uma coisa e trouxeram para os provador dar a nota. ” E1

“Eu gostei também da atividade, tanto foi a do sanduíche tricolor, quando a gente fez junto, e da variedade de sucos quando elas também nos mostrou né que dá pra gente fazer em casa. ” E3

“O que chamou mais a atenção foi os trabalhos de, que nós fizemos em grupo de suco, é salada, é salada nós fizemos, é doce nós fizemos. ” E30

A intervenção também foi vista como uma oportunidade ao ser desenvolvida em apenas determinados polos do PAS do município. Tal aspecto reforçou nos participantes a necessidade de apoiar e prestigiar a equipe de pesquisa:

“É bom, só. Seja bem vinda aqui pra nós, nos ajudar. Porque nós aqui fica... não tem médico aqui todo dia pra te orientar né, não tem médico todo dia pra te orientar, então, tem que ser a visita de vocês mesmo, com aquele carinho, com aquele amor pra gente. É muito gratificante”. E1

“É o novo chegando mais perto da gente, porque o acesso a essas coisas eram tão difícil né. Até posto de saúde, você vai marcar aí uma consulta com a nutrição e demora aí um tempo bom, porque são consultas especializadas né, então demora um tempo bom. E aqui não, acesso fácil, sempre. Então, foi muito bom ter chegado mais perto. Coisa nova pra gente. ” E3

Ainda sobre a metodologia das ações, os participantes compreenderam a intervenção como uma proposta que contemplou mudanças simples e factíveis, ou seja, voltadas para sua realidade, o que pode ter favorecido a participação. O tempo de duração dos encontros também foi considerado como satisfatório, uma vez que não excedia à duração da prática de exercício físico conduzida no polo, atividade e tempo de autocuidado já incorporados na rotina.

A pontualidade para iniciar e encerrar as ações também se revelou como de extrema importância para favorecer a adesão de indivíduos que possuíam outros compromissos após as ações:

“Igual eu te falei aqui ontem, eu tenho que sair daqui 8h em ponto porque agora eu não posso chegar atrasado não.” E31

Todos os aspectos supracitados facilitaram a adesão à intervenção pelos participantes, que compreenderam os encontros como interativos ao incluírem dinâmicas e estimularem a interação com o público, favorecendo a vontade de estar presente. Esse envolvimento do sujeito e sua relação com a equipe de pesquisa e do PAS foram de grande importância para a adesão às ações.

4.2. Elementos dificultadores da adesão às ações de incentivo ao consumo de frutas e hortaliças

Os elementos dificultadores identificados pelos participantes para aderir à intervenção de incentivo ao consumo de FH foram: o trabalho, o cuidado do outro e compromissos pessoais. Todos esses elementos perpassam pelo horário de funcionamento do PAS, e, portanto, das ações. Mas, ainda assim, algumas pessoas conseguiram manter a assiduidade nas ações, estabelecendo estratégias de enfrentamento para os dificultadores (Figura 4).

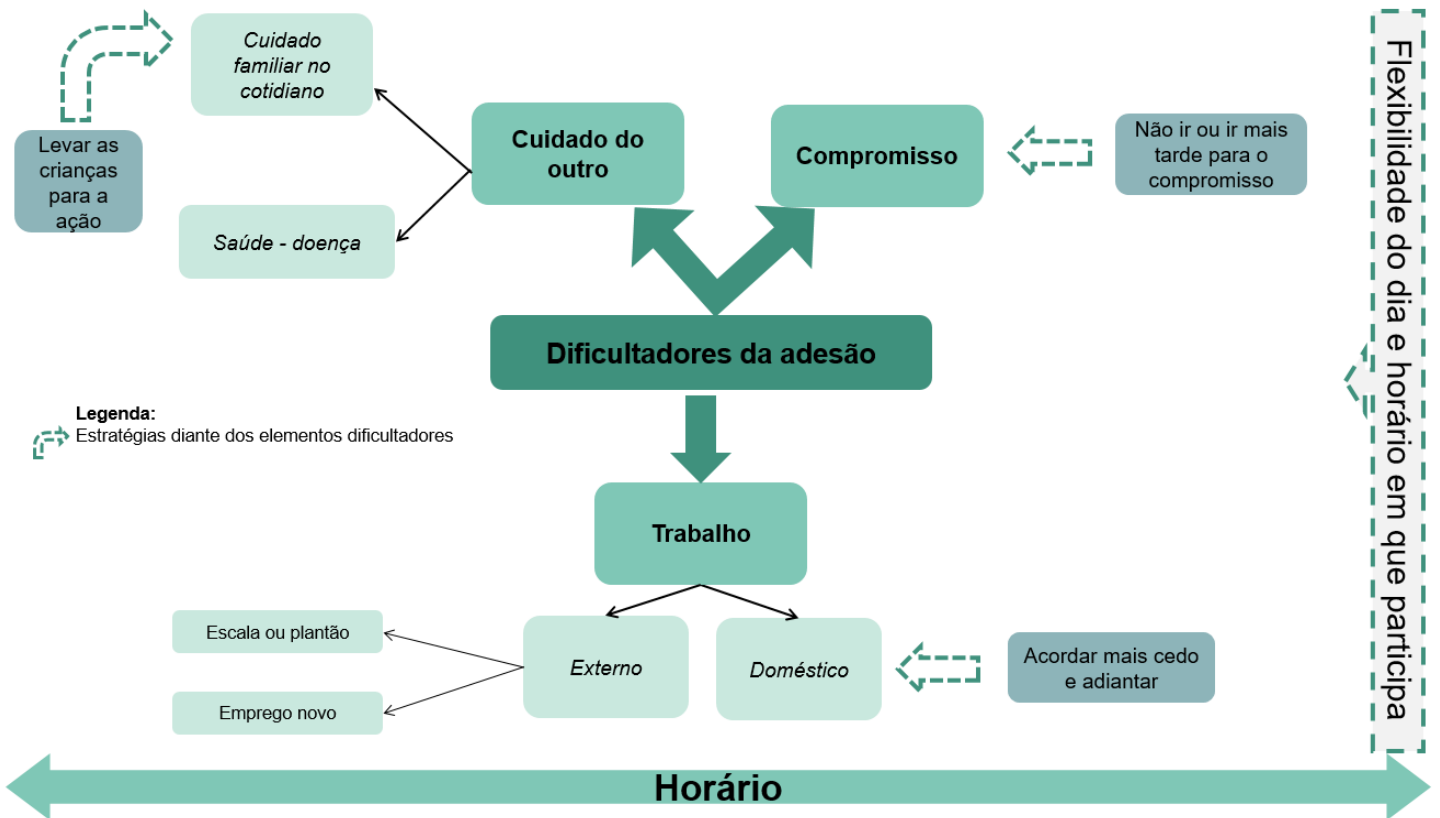


Figura 4: Elementos dificultadores da adesão à intervenção de incentivo ao consumo de frutas e hortaliças conduzidas no Programa Academia da Saúde e estratégias de enfrentamento. Belo Horizonte - MG, 2014-15.

O trabalho, seja ele externo ou doméstico, foi apontado como elemento dificultador. O externo envolveu atividades que geralmente aconteciam no mesmo horário das ações, como foi o caso das pessoas que iniciaram em um emprego novo e, por isso, tiveram que se ausentar do PAS, ou que trabalhavam em esquemas de plantões e escalas que, por vezes, coincidiam com o dia e horário das ações.

O trabalho doméstico também influenciou negativamente a adesão dos usuários à intervenção, como podemos observar:

“Ser à tarde, assim, não sei se mais pessoas iriam frequentar à tarde, porque de manhã a gente tem o tal do almoço né, e o almoço não é coisa rapidinha da gente fazer né. E menino, tem que arrumar o menino pra ir pra escola, e tem menino pequeno, aí tem menino que chega pra poder almoçar, pra poder sair, pra poder ir pra escola, pro trabalho.” E3

No caso das pessoas que trabalham em escala e plantões, um dos entrevistados sugeriu que houvesse planejamento e divulgação prévia de todas as datas das ações para a sua organização prévia, pois mesmo com as ligações e sabendo das datas das ações não conseguiu participar. O planejamento pode ser uma alternativa para alguns, entretanto, para os trabalhadores autônomos e aqueles que cuidam do lar nem sempre pareceu viável, uma vez que, em caso de demanda de serviço elevada, o trabalho era priorizado, ausentando não só das ações, mas, muitas vezes, do próprio PAS:

“Eu só não estou participando da Academia porque eu estou trabalhando de terça a sábado, então, não tenho tempo. O tempo que tenho é na segunda e na segunda eu cuido de casa, então, eu não (...)” E19

As estratégias de superação relatadas para o trabalho doméstico foram: acordar mais cedo e adiantar as atividades domésticas, o que para algumas pessoas era inviável.

O cuidado do outro – apoio que o sujeito oferta a alguém em seu cotidiano – também foi colocado como um elemento dificultador. Envolve situações de saúde-doença, como o acompanhamento em consultas, exames e internação hospitalar, podendo ser um cuidado temporário ou prolongado, como no caso de participantes com dificuldades de deambulação. Este cuidado era direcionado a familiares, especialmente crianças, como filhos e netos:

“Realmente é as coisas do dia a dia, preocupação. Eu tenho menino pra levar pra escola. Igual eu estou até ausente da Academia, mas geralmente é compromisso assim com escola de menino, com compromisso de casa e tudo. Isso dificultava um pouco.” E32

Diante dessas dificuldades, os entrevistados desenvolveram estratégias para facilitar o comparecimento nas ações, como acordar com a equipe de pesquisa outro dia e horário para a participação ou levar os netos e filhos nas ações.

“Ah, coincidia que aí dava pra eu vir um pouco mais cedo, teve umas que eles (filhos) chegaram a participar junto, mas aí era um pouco complicado.” E13

As ligações telefônicas e o momento em que recebiam o convite impresso permitiam o diálogo com a equipe de pesquisa para expor as dificuldades para o comparecimento e, assim, possibilitar a participação em outro dia e horário.

Mas, em determinadas situações, mesmo pactuando outro horário, alguns participantes não conseguiam comparecer à ação. Como exemplo, quando envolvia aspectos do processo saúde-doença, os entrevistados não relataram desenvolver estratégias para superação do dificultador, parecendo inevitável a ausência nas ações. Assim, apesar do desejo e a oportunidade de participar em outro horário das ações, o cuidado do outro em detrimento do próprio cuidado prevaleceu:

“Porque não tinha como deixar (irmã doente), porque às vezes precisava levar no médico. Tinha médico marcado, tinha que ir para o hospital com ela, às vezes precisava internar, né.” E20

Os compromissos pessoais voltados para o cuidado de si, relativo ao processo saúde-doença (especialmente consultas médicas e odontológicas; exames; indisposição, como dores; e o tratamento de doenças), também foram considerados dificultadores, por impedirem a participação nas atividades:

“Eu andei faltando mesmo porque, às vezes, você tem que faltar, porque tem um médico, às vezes, tem um exame pra fazer.” E12

Outros compromissos também levavam em algum momento o indivíduo a se ausentar da atividade ou chegar atrasado:

“Hoje mesmo eu tinha que tá lá na rua Santa Catarina oito horas.”

E39

Neste caso, uma das estratégias apontadas era não ir a determinados compromissos para poder participar das ações.

Muitos das pessoas que relataram não participar de alguma ação por qualquer um dos dificultadores estavam cientes de que elas aconteciam, uma vez que recebiam convites e ligações:

“O pessoal avisava, as meninas ligavam, mas tinha vez que realmente não dava por causa de serviço. De vez em quando tinha alguma outra coisa marcada que não podia desmarcar. Mas o pessoal avisava a gente e tudo.” E7

“Tinha vez que elas ligavam pra mim. Eu falava que vinha no outro dia cedo. Eles (filho e nora) chegavam com a minha neta: ‘ôh mãe, olha a menina pra mim aqui óh’. Não tinha jeito sabe, aí eu tinha que avisar pela minha colega sabe: ‘avisa aí que não vai dá pra mim ir não, sabe, porque agora tá complicado’.” E43

Todos os elementos dificultadores apontados - trabalho, cuidado do outro e o compromissos pessoais - repercutiram na ausência do usuário nas ações em algum momento e, provavelmente, também nas atividades rotineiras do PAS.



Discussão

5. Discussão

A adesão às ações de incentivo ao consumo de FH entre os participantes foi elevada, sendo os principais facilitadores identificados relacionados ao próprio PAS, à metodologia utilizada na intervenção, aos aspectos inerentes ao sujeito, ao apoio familiar e ao vínculo. Elementos esses que envolvem a sociedade, o próprio indivíduo, o serviço e a equipe de pesquisa em prol de um objetivo comum – promover o consumo de FH. Os elementos dificultadores também se encontram nesse contexto, sendo os principais: o trabalho, o cuidado do outro e compromissos com terceiros.

A adesão dos entrevistados (67,9%), assim como a de todos os participantes (n=1483) do estudo maior à intervenção de incentivo ao consumo de FH com duração de sete meses (58,3%)⁷¹⁻⁷², foi superior à identificada em outros estudos, que variaram de 22,7% a 55%³³⁻³⁷. Diante disso, torna-se importante investigar o que possibilitou atingir esse valor.

Os elementos facilitadores para a adesão às intervenções identificados parecem interagir entre si, formando uma rede de motivação para a participação dos indivíduos. A motivação é algo que estimula o agir, sendo uma variável complexa e influenciada por fatores intrínsecos e extrínsecos aos participantes³⁰.

A facilidade de acesso ao PAS, também verificado em outro estudo realizado no município, foi um diferencial para a participação das ações⁷⁵. A proximidade dos serviços de saúde das pessoas favorece a sua utilização, revelando a importância da territorialização preconizada na organização da Atenção Básica. Ao delimitar uma área geográfica de atuação, facilita não somente o acesso físico da população, mas também trabalha suas necessidades e peculiaridades de forma mais eficiente⁷⁶.

Os territórios são espaços onde as pessoas se relacionam, onde a vida acontece. São construídos historicamente, politicamente, ambientalmente e socialmente, com dinamicidade. Trabalhar com o território permite a aproximação com o contexto e a realidade onde são produzidos os comportamentos e práticas, como também, os problemas e as estratégias de

enfrentamento que a própria comunidade constrói. Entretanto, existem outras relações e influências que transcendem o espaço delimitado⁷⁷.

Assim, um elemento citado como facilitador pode ser visto como dificultador a depender de onde o sujeito se localiza no espaço e nas relações com o outro. Este é o caso de uma participante que residia fora da área de abrangência do PAS e que relatou a distância como uma barreira para a adesão, uma vez que era necessário grande deslocamento para participar das atividades da intervenção e do PAS.

O PAS é um serviço relativamente novo e em expansão no município. Em 2012, época em que foi realizado o delineamento do estudo maior, o qual este faz parte, Belo Horizonte contava com 50 polos, atualmente já são 64 unidades⁴³. Essa expansão é um ganho para o município e para a população, como já relatado nas falas, haja vista a facilidade de acesso aos profissionais e às ações de educação em saúde que o serviço oportuniza.

A demanda por serviços de saúde se relaciona também com a percepção que o indivíduo possui sobre as suas necessidades⁷⁷. Nesse processo é importante refletir sobre a alienação que muitas pessoas apresentam, conformando não só com seus modos de vida, mas também com o acesso possível aos serviços de saúde. É necessário ampliar a autonomia do indivíduo e a sua capacidade de cuidar da saúde, incentivando a sua participação no enfrentamento de modos de viver aterogênicos e das dificuldades de acesso e utilização dos serviços de saúde⁷⁶.

Neste sentido, o espaço do PAS constitui importante campo de prática, inclusive para ações de educação alimentar e nutricional¹⁶, já que amplia a capacidade de intervenção coletiva na Atenção Básica, melhorando o acesso das pessoas às ações de promoção e cuidado à saúde¹⁸. As pessoas que frequentam o PAS são constantemente estimulados à construção de modos saudáveis de viver, uma vez que este é um ponto da Atenção Básica que preconiza a produção, ressignificação e vivência de conhecimentos favoráveis à construção coletiva da saúde¹⁸.

Tais aspectos sugerem que os usuários do PAS já se encontram, até certo ponto, dispostos a mudar comportamentos com vistas à construção da

saúde, diferentemente da população em geral, que apresenta diferentes níveis de interesse. Corroborando esta questão, verificou-se que, a maioria dos entrevistados estava alocada no “Grupo Ação” do GI, ou seja, estavam em ação e, portanto, já haviam iniciado modificações em seu consumo de FH a menos de seis meses; ou em manutenção, necessitando de prevenir recaídas e consolidar os ganhos obtidos há mais de seis meses⁴⁹.

O PAS é ainda um espaço coletivo de integração social¹⁶, que visa promover a saúde e estimular o autocuidado, a convivência e o aprendizado solidário, contribuindo para a formação de redes sociais de apoio⁷⁸. Nos polos do PAS estudados são desenvolvidas algumas atividades socializadoras e de valorização do indivíduo, como a comemoração de datas festivas e folclóricas (aniversários, dia das mães e dos pais, festa junina e Natal), que propiciam a interação entre as pessoas, favorecendo o vínculo e a participação.

Este vínculo entre usuários e educadores físicos já é reconhecido⁷⁹, corroborando o potencial do serviço para o desenvolvimento de atividades educativas. O vínculo é um aspecto importante ao se trabalhar com grupos e ocorre quando se assume um propósito, deixando a indiferença de lado, incorporando um ao outro, de forma a fazer parte de uma interação afetiva⁷⁴. A sua construção possibilita a ampliação das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde⁷⁵ e da autonomia do sujeito⁷⁸, pressupondo o reconhecimento do indivíduo nas ações como aquele que fala, julga e deseja⁸¹.

Em estudo que objetivou avaliar se a participação em intervenção nutricional coletiva seria capaz de modificar os hábitos alimentares de indivíduos de serviço de saúde identificou o vínculo como potencializador da adesão ao tratamento. Os resultados positivos identificados foram associados à motivação, que proporcionou a participação dessas pessoas no grupo e a construção do vínculo⁸².

O apoio proporcionado pelo próprio grupo, equipe de pesquisa e o serviço é imprescindível. Para os participantes que moram sozinhos, o PAS é um local de convivência social indispensável. Já para aqueles que vivem com suas famílias, o apoio dos membros é importante não só para que estejam presentes, mas para que as mudanças almejadas sejam realizadas.

Em contrapartida, a falta de apoio amplia alguns dificultadores, como o cuidado do outro e o trabalho. No que se refere ao processo de saúde-doença, o cuidado do outro, principalmente o cuidado prolongado dispensado a pessoas com maior grau de dependência, interfere na vida dos cuidadores em diferentes aspectos, como físico, psicológico e social⁸³⁻⁸⁴, apresentando impactos superiores do que aquele dispensado no cuidado dos filhos.

Tem-se, portanto, uma rede de apoio social afetada pela dificuldade de alterar a rotina e estar em atividades extradomiciliares⁸³. Dessa forma, os cuidadores deixam de participar das ações, afastam-se da rede, das pessoas com as quais convive no PAS – educadores físicos, equipe de pesquisa e colegas –, perdendo também, o apoio que poderia ser estabelecido para a construção de modos saudáveis de vida, incluindo o aumento do consumo de FH.

Em estudo qualitativo realizado com cuidadores de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar, identificou-se que o autocuidado desses cuidadores, principalmente no que se refere à procura de profissionais e espaços de saúde, acontece apenas em condições agudas da doença, deixando de lado sua saúde em detrimento do outro. Assim, as dificuldades para se estabelecer o autocuidado se encontravam principalmente na falta de tempo e apoio de terceiros⁸⁵.

O papel da família no autocuidado de seus membros é de suma importância, uma vez que pode representar apoio, mas também obstáculo⁸⁶, ao limitar, por exemplo, a participação do outro em atividades de promoção à saúde. Dessa forma, é essencial estabelecer estratégias para que as dificuldades possam ser contornadas e nenhum membro da família seja prejudicado no cuidado de sua saúde.

Das pessoas que apontaram como dificultadores o cuidado do outro, a maioria era mulheres, confirmando que o cuidado é prioritariamente realizado por elas⁸⁷. De forma similar, tem-se o trabalho doméstico, sendo apontado como dificultador apenas pelas mulheres. Apesar de haver aumento da participação dos homens nos afazeres domésticos (29,3%, de 2004 para

2014)⁸⁸, este trabalho ainda é desenvolvido predominantemente pelas mulheres.

A maior participação feminina no mercado de trabalho nos últimos anos não significou redução da carga de trabalho doméstico, mas sim em um acúmulo de atividades. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostrou que a diferença entre as mulheres ocupadas que realizavam afazeres domésticos e de cuidados à saúde, de 2004 para 2014, mudou em apenas 0,5%⁸⁸. É necessário compreender o trabalho doméstico como uma prática social que exige, no mundo atual, formas mais saudáveis e igualitárias para a sua realização⁸⁹.

As estratégias de superação relatadas pelas participantes frente ao trabalho doméstico, como acordar mais cedo e adiantar as atividades, não era factível para todas as participantes. Por outro lado, em situações de cuidado que envolvia saúde-doença, os dificultadores foram ainda mais impactantes, não havendo estratégias, a princípio, possíveis de serem desenvolvidas. Tais resultados reforçam a necessidade de compreensão e valorização do autocuidado por essas pessoas, buscando equilibrá-lo com as demandas do trabalho doméstico e do cuidado do outro. Para isso, é fundamental o envolvimento dos demais membros da família nestas atividades, de forma a sobrecarregar menos as mulheres. Espera-se assim, ser possível o alinhamento da participação feminina em ações de promoção da saúde.

Apesar dessa sobrecarga de cuidados e trabalho doméstico sobre as mulheres, a população participante das ações de incentivo ao consumo de FH desenvolvidas no PAS foi predominantemente feminina, de meia idade e sem vínculo empregatício⁷¹⁻⁷². As mulheres ainda são a maioria que frequenta os serviços de saúde. Sua presença está relacionada com a própria saúde ou ao cuidado com familiares, crianças e outros⁹⁰.

A participação de mulheres em ações de incentivo ao consumo de FH é fundamental, uma vez que, culturalmente, também cabe a elas o cuidado com a alimentação da família. Muitas vezes, esse seu papel é tido como natural⁹¹, determinado historicamente, com certa isenção dos homens⁹²⁻⁹³.

A família é um elemento crucial na determinação do consumo alimentar de seus membros⁹⁴. Ao sensibilizá-los - especialmente o responsável pela alimentação da casa, pela compra dos gêneros alimentícios e/ou preparo das refeições, geralmente mulheres, as ações se estendem a todo o grupo familiar, influenciando os membros mutuamente, como observado neste estudo. Assim, é importante que intervenções nutricionais considerem a realidade dos participantes, das famílias e da comunidade¹⁶. As pessoas repassam e se envolvem no cuidado do outro, replicando o que recebeu nas intervenções, como o conhecimento científico e a necessidade de ajuda, zelo, atenção e compreensão para se estabelecer mudanças na alimentação⁹⁵.

Outro aspecto importante relacionado ao perfil sociodemográfico dos participantes do estudo foi o predomínio de adultos mais velhos, em acordo com outros estudos conduzidos no PAS^{23,86}. Além disso, devido aos próprios critérios sociodemográficos preestabelecidos, foram entrevistados um percentual elevado de homens (42,2%). Entretanto, no estrato de 20 a 39 anos não houve indivíduos representativos, mostrando que os homens, principalmente mais novos estão ainda mais afastados dos serviços de atenção básica.

A participação de indivíduos economicamente ativos não é favorecida devido ao horário de funcionamento do serviço, principalmente matutino. Essas características sociodemográficas apontam para a necessidade de estender essas ações a outras pessoas, principalmente os homens, que apresentam o consumo inadequado de FH superior ao das mulheres^{8,91}. Não por acaso, os homens apresentam baixa participação em ações de promoção da saúde e de prevenção, quando comparado com as mulheres, não priorizam os cuidados com a saúde e buscam por assistência, prioritariamente, em casos agudos⁹⁶. Essa entrada tardia no sistema de saúde trás consequências impactantes para o próprio indivíduo e para o SUS, como o aumento dos custos⁹⁷.

É necessário que as ações de educação em saúde cumpram com os princípios do SUS, promovendo a equidade e a possibilidade de participação universal, incluindo indivíduos economicamente ativos. A flexibilidade de

horários em atividades educativas e assistenciais é necessária para que se cumpra o desafio de maior inserção dos homens e daqueles economicamente ativos na Atenção Básica⁹⁸.

Todavia, para que essas atividades sejam conduzidas em período noturno é necessária uma articulação maior junto aos territórios. Os polos do PAS, geralmente estão localizados em regiões mais vulneráveis e violentas da cidade, podendo ser um risco para profissionais e usuários. No município de Belo Horizonte, alguns polos do PAS já funcionam no período noturno (26,6%)⁴³, mas ainda é necessária sua expansão para que suas atividades e outras ações possam atingir um público maior.

Como visto, a sugestão apresentada pelos participantes quanto ao planejamento prévio e divulgação das datas para que pudessem organizar a participação nas ações não parece ser uma estratégia viável a todos, dadas às diferentes dificuldades apresentadas. Ademais, ao entregar o convite por escrito e realizar ligações prévias, este planejamento pode ser ajustado às necessidades do sujeito. Pondera-se que, a antecedência superior na divulgação de datas torna-se complexa pelos imprevistos comumente vivenciados na rotina de serviços de saúde, como paralizações, reuniões emergenciais, festejos de datas comemorativas, mutirões de saúde como o da dengue, dentre outras questões.

Para favorecer a participação do indivíduo em grupos de promoção da saúde, no que tange à assiduidade e pontualidade, é imprescindível adequar as ações à rotina dos serviços de saúde e dos profissionais e, sempre que possível, considerar a disponibilidade dos participantes⁹⁹. As ações de incentivo ao consumo de FH foram realizadas, em sua maioria, no horário de prática de exercício do usuário no polo, não sendo necessário retornar em outro horário ou ficar além do que o previsto para a prática de exercícios físicos, a não ser que isto favorecesse a sua participação.

Além dos fatores externos que influenciaram o indivíduo, como o serviço, o apoio do outro, e a demanda de cuidado e de trabalho; há os aspectos inerentes a ele mesmo que também influenciam a sua adesão em

determinadas atividades. O interesse do indivíduo pelo acesso a informação e o seu autocuidado, sua disponibilidade e comprometimento em estar presente influenciaram positivamente a adesão às ações.

O desejo de aprender mais e a preocupação com a própria saúde foram fatores que estimularam a participação dos entrevistados nas ações de incentivo ao consumo de FH. Ademais, anseios como estes levam o indivíduo à reflexão do que seria saúde para ele, possibilitando a ressignificação de sua participação na intervenção e na autonomia para exercer o autocuidado.

A busca por saúde e qualidade de vida, observada neste estudo, são essenciais para melhorar o perfil de saúde das populações, desde que apoiado por recursos técnicos e profissionais, o que caracteriza o autocuidado. Considera-se como autocuidado, o cuidado de si mediante a adoção de ações que atendam às próprias necessidades, potencializando modos saudáveis de vida mediante a construção de hábitos saudáveis e atitudes preventivas e de cuidado que favoreçam a saúde. Entretanto, para que o autocuidado seja sustentável é necessário o contínuo desenvolvimento da competência do indivíduo e da comunidade¹⁰⁰.

Em geral, os usuários do PAS apresentam elevada carga de doenças crônicas não transmissíveis²²⁻²³, como verificado entre todos participantes da intervenção⁷¹, podendo essa busca pela saúde – fator motivador e facilitador da participação nas intervenções – ser, na realidade, a busca por soluções para o processo de adoecimento.

Compromissos relativos ao processo de saúde-doença, como exames e consultas médicas, foram identificados como dificultadores da adesão, sobrepondo às ações de promoção da saúde. Estas medidas são reconhecidamente essenciais para o controle e atenção à saúde do indivíduo, contudo, cabe destacar a necessidade de que ações de promoção sejam mais bem valorizadas e reconhecidas, de forma que possam ser adequadamente equilibradas no contexto de vida das pessoas¹⁰¹.

Outro aspecto importante relativo à necessidade de reconhecimento da promoção da saúde é o fato de, apesar das intervenções de incentivo ao

consumo de FH serem destacadas pelos usuários por sua metodologia, nas falas dos participantes aparecem termos, como “mandou” e “palestra”, incompatíveis com a metodologia problematizadora proposta por Paulo Freire, base metodológica da intervenção. Apesar de, a participação ativa ser estimulada e valorizada, parece que os participantes ainda sentem dificuldade em romper com o caráter normativo e verticalizado das ações de educação em saúde e, principalmente, dificuldade em exercer a autonomia.

Historicamente, a educação alimentar e nutricional no Brasil vivenciou diferentes fases, desde pautadas em campanhas verticais de introdução de alimentos até uma educação em que o indivíduo é detentor de direitos, de escolhas e do exercício da cidadania¹⁰². Assim, romper com o modelo normativo e verticalizado é também romper com antecedentes de prescrições, de justificativas, de opressão dos menos favorecidos e, principalmente, com o não exercício da cidadania, características do modelo biomédico ainda presente nos serviços de saúde.

A Atenção Básica à Saúde é a porta de entrada preferencial do indivíduo no SUS, fundamentada por princípios como a universalidade e a equidade, dentre outros. A sua plena implantação ainda é um desafio por se contrapor ao modelo biomédico⁷⁶, o qual não considera a integralidade do sujeito, limitando-se a suprir a demanda por alívio de sintomas e tratamento de doenças¹⁰³.

Outra questão imprescindível para a adesão foi o adequado planejamento das ações, incluindo aspectos como recursos humanos, materiais e físicos. Um bom planejamento pode refletir na qualidade das ações propostas e, conseqüente, reconhecimento da adequação da metodologia, como verificado neste estudo. No contexto dos serviços de saúde, como o PAS, essas atividades devem ser ainda mais bem planejadas para receberem as adaptações necessárias, uma vez que os polos possuem estruturas e necessidades distintas¹⁰⁴. Da mesma maneira, o apoio dos educadores físicos para o desenvolvimento de tais ações é imprescindível, e pode diferir, afetando o desenvolvimento das ações.

Destaca-se a abordagem multidimensional da alimentação utilizada que, possivelmente, contribuiu para a maior adesão. Dessa forma, é crucial abordar múltiplas dimensões para que as ações atinjam e motivem as pessoas¹⁰⁵.

Assim como a multidimensionalidade da alimentação, também foi relatado pelos entrevistados as “novidades” que as ações trouxeram. Esse foi um diferencial da intervenção, ao considerar a gama de informações sobre a alimentação veiculadas atualmente na mídia, muitas vezes contraditórias e sem evidências científicas, trazendo confusão e dilema às pessoas¹⁰⁶.

Isso se deve pelo fato de que, apesar do grande volume de informações e recomendações, grande parte não é confiável. A mídia, muitas vezes, abandona informações simples, como variar e combinar os alimentos e valorizar a cultura alimentar¹⁷, para destacar informações normativas, que, muitas vezes, se apresentam como soluções rápidas para problemas complexos.

Corroborando este aspecto, no estudo qualitativo realizado previamente por Figueira nos polos do PAS, verificou-se que os entrevistados reconheciam as inúmeras informações disponíveis sobre alimentação, entretanto, muitas vezes, não as consideravam factíveis ou não se sentiam seguros para adotá-las⁵⁰. Dessa forma, eles acreditavam que para ter uma alimentação adequada e saudável necessitavam de um profissional, como o nutricionista, e uma prescrição individualizada. Ressalta-se que este trabalho desenvolvido por Figueira (2015)⁵⁰ faz parte da linha de base do estudo maior que contribuiu para o delineamento da intervenção, sendo que a maior parte dos entrevistados (77,8%) era comum a ambos os estudos. Dessa forma, tornou-se possível planejar atividades de acordo com as necessidades e experiências das pessoas, valorizando seu protagonismo⁵⁰.

Nesse sentido, quando as falas remetem autoconhecimento e ratificação daquilo que já sabem é justamente devido a essas questões proporcionadas pela metodologia empregada, principalmente ao considerar o saber que aquele indivíduo traz consigo. Ademais esse “*novo que chega perto*

deles”, como um participante coloca, mostra a importância de se trabalhar com informações e conhecimentos que façam parte da vida das pessoas, que as esclareçam sobre aquilo que tem significado para elas.

Do mesmo modo, a participação ativa do sujeito como detentor de um saber permitiu aos participantes se sentirem parte do processo, principalmente nas oficinas culinárias, como relatado pelos participantes deste estudo. O ato de cozinhar é indissociável de uma alimentação adequada e saudável¹⁷. A culinária aproxima a teoria - “alimentação”, da vida das pessoas - “refeição”, além de os promoverem como agentes dos processos de reflexão e mudança. O fortalecimento da participação ativa permite que o indivíduo reflita sobre seus conhecimentos e práticas, e aumente a sua capacidade de interpretar, reconhecer possibilidades e tomar decisões.

Além disso, os participantes identificaram que as ações traziam “novidades”, provavelmente pela forma de abordar o conteúdo e a reflexão sobre os assuntos trabalhados, baseados em evidências científicas; assim como promoveu a escuta frente às dúvidas que contribuiu para esclarecer as questões confusas e conflituosas, apresentadas pela mídia, favorecendo o entendimento e a participação nas ações.

Educar não é transmitir informações, assim como aprender não é apenas saber sobre aquilo que se ouviu⁴⁸. A educação é o encontro entre as pessoas e suas vivências¹⁰⁵, é o ensinar aprendendo e vice-versa. A escuta paciente e crítica permite dialogar com o indivíduo. Aproximar-se permite uma relação de horizontalidade e de dialética, que promove a criticidade, reconhecendo a realidade, as informações, o conhecimento sobre alimentação, esclarecendo dúvidas, refletindo e potencializando o agir. Agir não como o ato de fazer certo ou errado, mas de atitudes autônomas, oriundas de pessoas capazes de realizarem suas próprias escolhas, tendo o controle sobre suas vidas e saúde⁴⁸.

O papel do educador em intervenções nutricionais não se esgota em comunicar o conhecimento técnico e científico relacionado à alimentação e nutrição. É indispensável escutar o indivíduo¹⁰⁵ e criar estratégias baseadas em

teorias para alcançá-los. Um exemplo disso foi a realização de ligações telefônicas, que permitiu uma melhor comunicação entre os participantes e a equipe de pesquisa, valorizando e aproximando os envolvidos. Nas falas, esse envolvimento fica claro quando o indivíduo diz “*você me ligou*”, não trata-se apenas de uma questão logística e de telefonia, é uma ligação estabelecida entre o educador e o educando.

Outro aspecto relacionado ao delineamento da intervenção foi o fato de realizar um trabalho coletivo. Os participantes, ainda que alocados em grupos de acordo com os estágios de mudança preconizado pelo Modelo Transteórico, identificaram a metodologia e o próprio grupo como facilitadores para a adesão⁴⁹. Estar em estágios próximos permitia que os participantes se identificassem e se sentissem confortáveis em compartilhar experiências. Assim, foi possível trabalhar processos de mudança distintos para cada grupo e diferentes estratégias educativas, pautadas na pedagogia dialógica e problematizadora de Paulo Freire⁴⁸.

Todas essas questões da escuta, das atitudes de acolhimento e das ligações telefônicas foram propiciadas pelos referenciais teóricos utilizados, que favoreceram a participação das pessoas e a construção de vínculo com a equipe de pesquisa. Apesar da necessidade de utilizar referenciais teóricos para além de teorias comportamentais em intervenções, muitas vezes, essa não é uma prática comum, o que contribui para o delineamento de metodologias frágeis com resultados incipientes. Essa dificuldade em pautar estudos de intervenção em teorias pode derivar da cultura verticalizada de imposição de novos comportamentos, das dificuldades oriundas de se trabalhar com o saber construído¹⁰⁷ e da ausência de equipe interdisciplinar no delineamento destes estudos.

Os entrevistados responderam como motivação para participar, a sua assiduidade, os facilitadores da adesão, além de expressarem como a intervenção os afetou. Foram as experimentações dessas intervenções com todas as suas características que levou a afetação dessas pessoas que se expressaram espontaneamente. Entende-se que, apesar de ser questões voltadas para a afetação, todas são relacionadas à adesão e não a

complacência, já que compreende o sujeito como participante da ação, ou seja, os seus motivos para ir, para participar ativamente, assim como sua liberdade e motivos para não ir.

Como um dos limitantes deste trabalho tem-se a memória dos entrevistados, devido ao intervalo de tempo adotado (seis meses) entre o término da intervenção e a realização das entrevistas. Este intervalo foi adotado por pretender-se também analisar a manutenção das mudanças, conforme preconizado pelo Modelo Transteórico⁴⁹. Entretanto, essa questão pode ser minimizada pelo fato deste estudo não tratar de conteúdos apreendidos, mas da própria vivência do participante, demandando menos de sua memória.

Outro fator limitante é a falta de consenso sobre o conceito de adesão, cerne deste estudo. A maioria dos documentos trabalha a adesão a um tratamento, seja seguindo uma dieta ou tomando algum medicamento, enquanto a adesão relativa à participação em ações de educação em saúde é pouco explorada.

Destaca-se como potencialidade deste estudo a identificação dos elementos facilitadores e dificultadores para adesão a intervenção, bem como das estratégias adotadas para superar os dificultadores, questões estas que poderão subsidiar outros ensaios comunitários conduzidos em cenários semelhantes. A adesão é essencial no contexto de educação em saúde, uma vez que a sua ausência nas ações compromete o seu acompanhamento, a sua vivência com o grupo e com as atividades, prejudicando o processo de aprendizagem e de mudança. O conhecimento é algo contruído ao longo do tempo e, dessa forma, a ausência de oportunidades para adquiri-lo pode prejudicar o processo de construção. O sujeito é um ser inacabado, que está sempre pronto a aprender mais⁴⁸, dessa forma, é imprescindível a oferta de ações de educação alimentar e nutricional, sobretudo no contexto dos serviços de saúde, visando promover a saúde da população.



Considerações Finais

6. Considerações Finais

Os facilitadores e dificultadores identificados para a adesão à intervenção de incentivo ao consumo de FH situaram-se em três planos: social (espaços e territórios que frequentam, rede social e vínculos construídos, serviços que utiliza e contexto socioeconômico em que vive); individual (perfil de saúde, disposição interior, percepções, desejos e conhecimentos); e técnico (o referencial teórico utilizado de Paulo Freire e do Modelo Transteórico, o delineamento da intervenção baseado no saber construído mediante pesquisa qualitativa da linha de base, infraestrutura e recursos materiais disponíveis).

Refletir sobre tais elementos e sua influência na adesão às ações de educação alimentar e nutricional possibilita desenvolver estratégias conjuntas ou individuais, que potencializem os facilitadores e minimizem os dificultadores. Do mesmo modo, compreender as estratégias desenvolvidas pelos participantes para superação das dificuldades de participar das ações – como levar os filhos nas ações, organizar o tempo ou abrir mão de um compromisso pessoal, permite apoiá-los e o compartilhamento com demais participantes, de modo a fortalecer e difundir as estratégias dentro do próprio grupo social.

Para melhorar as taxas de adesão e evitar a evasão a uma intervenção é importante atentar-se ao horário de seu desenvolvimento, aspecto que perpassou por todos os elementos dificultadores. Ressalta-se a importância de rever os horários das atividades de promoção da saúde, de forma a favorecer a participação da população economicamente ativa. Da mesma forma, é importante reforçar as estratégias de flexibilização e comunicação entre educando e educador visando compreender as adversidades que cercam o indivíduo, buscar maneiras de valorizá-lo, mantendo contato e informando sobre as próximas ações.

Destacam-se, neste trabalho, dois pontos centrais que favoreceram a adesão e que podem ser utilizados em outros estudos: a metodologia utilizada na intervenção e a flexibilidade para a participação nas ações. Essas estratégias dependem da equipe de pesquisa e podem contribuir sobremaneira para superar os dificultadores.



Referências

Referências

1. WHO. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention chronic diseases. Geneva: WHO, 2003.
2. WHO. World Health Organization. The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO, 2002.
3. WHO. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO, 2010.
4. Van Duyn MA, Pivonka E. Overview of the health benefits of fruit and vegetable consumption for the dietetics professional: selected literature. J Am Diet Assoc. 2000; 100(12):1511-21.
5. Chutkan R, Fahey G, Wright WL, Mccrorie J. Viscous versus nonviscous soluble fiber supplements: Mechanisms and evidence for fiber-specific health benefits. J Am Acad Nurse Pract. 2012; 24(8):476-87.
6. Hall NJ, Moore S, Harper SB, Lynch JW. Global Variability in Fruit and Vegetable Consumption. Am J Prev Med. 2009; 36(5): 402-9.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil), Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
8. Ministério da Saúde (Brasil), Agência Nacional de Saúde Suplementar. Vigitel Brasil 2014 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
9. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
10. Gomes FS. Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas versus constructos sociais. Rev. Nutr. [online]. 2007; 20(6):669-80.
11. World Health Organization/WHO. Fruit and Vegetables for Health. Report of a Joint FAO/WHO Workshop 1-3 September 2004, Kobe, Japan. Japan: WHO, 2004.
12. WHO. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. World Health Assembly: Wha 57.17. 22 May 2004. Geneva: WHO, 2004.
13. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

14. CAISAN (Brasil). Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Estratégia Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios. Brasília: CAISAN, 2014.

15. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 2011-2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

16. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Brasil), Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012.

17. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

18. BRASIL. Portaria nº 2.681. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 2013 (Nov 7, 2013).

19. Las Casas RCR, Guimarães VR, Cotta RF, Moreira CM, Lopes ACS, Fernandes CP, et al. O Profissional De Educação Física No Sistema Único De Saúde De Belo Horizonte. In: Noce, F. (Org.). O profissional de educação física na área da saúde. Belo Horizonte: EEFETO; 2014. p.85-113.

20. BRASIL. Portaria nº 2.684. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio e no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em Desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa Academia da Saúde.; 2013 (Nov 8, 2013).

21. Portal da Saúde – Ministério da Saúde [Internet]. [Brasília]: Copyright © 2016 Portal da Saúde [acesso em 2015 Dez 20]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1028-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/academia-da-saude-svs/l2-academia-da-saude-svs/13819-polos-similares>>.

22. Costa JO, Reis BZ, Costa D, Vieira DAS, Teixeira PDS, Raposo OF, et al. Perfil de saúde, estado nutricional e nível de conhecimento em nutrição de usuárias do Programa Academia da Cidade - Aracaju, SE. Rev Bras Ativ Fis e Saúde. 2012; 17(2):93-9.

23. Costa BVL, Mendonça RD, Santos LC, Peixoto SV, Alves M, Lopes ACS. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013; 18(1):95-102.

24. Mendonça RD, Mingoti AS, Jaime PC, Lopes ACS. The impact of a nutritional intervention on the nutritional status and anthropometric profile of

participants in the Health Gym Programme in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015; 20(6):1937-46.

25.Menezes MC, Mingoti SA, Cardoso CS, Mendonça RD, Lopes AC. Intervention based on Transtheoretical Model promotes anthropometric and nutritional improvements - a randomized controlled Trial. *Eat Behav.* 2015; 17:37-44.

26.Mendonça RD, Lopes ACS. The effects of health interventions on dietary habits and physical measurements. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2012; 46(3):573-9.

27.WHO. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003.

28.Victora CG, Santos IS. Los siete pecados capitales de la evaluación del impacto. *Gac Sanit.* 2008; 22(Supl 1):1-7.

29.WHO. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Geneve: WHO; 1986.

30.Assis MAA, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev. Nutr.* [online]. 1999; 12(1):33-41.

31.Dicionário do Aurélio [Internet]. Definição da palavra adesão [acesso em 2016 ago10]. Disponível em:< <https://dicionariodoaurelio.com/adesao>>.

32.Robinson KA, Dennison CR,Wayman DM, Pronovost PJ, Needham DM. Systematic review identifies number of strategies important for retaining study participants. *J Clin Epidemiol.* 2007; 60(8): 757-65.

33.Torres HC, Franco LJ, Stradioto MA; Hortale VA; Schall VT. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev Saúde Pública* [online]. 2009;43(2):291-8.

34.Guimarães NG; Dutra ES; Ito MK, Carvalho KMB. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. *Rev. Nutr.* 2010; 23(3):323-33.

35.Bueno JM, Leal FS, Saquy LPL, Santos CB, Ribeiro RPP. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. *Rev. Nutr.* [online]. 2011; 24(4):575-84.

36. Rickheim PL, Weaver TW, Flader JL, Kendall DM. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. *Diabetes Care.* 2002; 25(2):269-74.

37. Inelmen EM, Toffanello ED, Enzi G, Gasparini G, Miotto F, Sergi G, Busetto L. . Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. *Int J Obes (Lond).* 2005; 29(1):122-8.

38. Costa BVL. Alimentação e ambiente alimentar no território do programa Academia da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais [tese] Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

39. Minayo, MCS (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 16. ed. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 1994.

40. Minayo, MCS et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (Org.). Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. p. 71-103.

41. Waiter P. Uma introdução à sociologia compreensiva. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

42. Turato ER. Métodos Qualitativos e Quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev. Saúde Pública [online]. 2005 Jun; 39(3): 507-14.

43. Prefeitura de Belo Horizonte. Academia da Cidade [Internet]. Apresenta informações a respeito das Academias da Cidade de Belo Horizonte, 2016 [acesso em 2016 mai 15]. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=eepTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=16466&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&>.

44. Instituto Brasileiro de Geografia. Apresenta o município de Belo Horizonte por meio da ferramenta Cidades. [acesso em 2016 mai 15]. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310620&search=|infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>

45. Guimarães VR. O programa Academia da Cidade de Belo Horizonte. In: Teixeira MG, Rates SMM, Ferreira JM (Org.). O coletivo de uma construção. O Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Ronda editora, 2012. V. II, p. 72-8.

46. Caiaffa WT, Dias MAS, Sales ADF, Casas RL. Programa Academia da Cidade em Belo Horizonte. In: Ministério da Saúde (BRASIL), Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde (Brasil), Departamento de Análise de Situação em Saúde. Avaliação de efetividade de programas de educação física no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

47. Dias MAS, Giatti L, Guimarães VR, Amorim MA, Rodrigues CS, Lansky S, Oliveira MGR, Fonseca S, Ishitani LH, Moreira M, Souza RE. Grupo de Promoção da saúde da Secretaria Municipal de Saúde. BH-Saúde: Projeto Promoção de Modos de Vida Saudável. Pensar BH/Política Social 2006; 16: 21-4.

48. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e terra; 1996.
49. Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. In search of how people change - applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992; 47(9):1102-14.
50. Figueira TR. *Percepções sobre o consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa Academia da Saúde em Belo Horizonte – MG*. Belo Horizonte. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde] – Centro de Pesquisas René Rachou; 2015.
51. Freire P. *Política e Educação*. São Paulo: Paz e terra; 2014.
52. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*. 1997;12(1):38-48.
53. Prochaska JO, Norcross JC, Diclemente CC. Applying the stages of change. *Psychotherapy in Australia*. 2013; 9(2): 10-5.
54. Bertolin MNT, Slater B. Aplicação do Modelo Transteórico em Estudos de Nutrição. In: Diez-Garcia RW, Mancusa AMC. *Mudanças alimentares e educação nutricional. Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 198-205.
55. Mendonça RD, Menezes MC, Ferreira NL, Guimarães LMF, Lopes ACS. Promoting Fruit and Vegetable Consumption: a Randomized Controlled Community Trial. *Submetido a BMC Nutrition*. 2016.
56. Afonso, L. Oficinas em dinâmica de grupo. In: Afonso L. *Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial*. Belo Horizonte: Edições do Campo Social; 2002.
57. Mélló RP, Silva AA, Lima ML, Di Paolo AF. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidade de pesquisa em psicologia social. *Psicol. Soc*. 2007; 19(3): 26-32.
58. Boal A. *Jogos para atores e não-atores*. 10ª edição rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2007
59. Kremer N. *Deslocamentos: Experiências de Arte-educação na Periferia de São Paulo*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/ Imprensa Oficial do estado de São Paulo/ Vitae, 2003. p.49, 55- 57.
60. Diez-Garcia RW, Castro IRR. A culinária como objeto de estudo e de intervenção no campo da Alimentação e Nutrição. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 jan.; 16(1): 91-8.
61. Maman S, Ablner L, Parker L, Lane T, Chirowodza A, Ntogwisangu J et al. A comparison of HIV stigma and discrimination in five international sites:

The influence of care and treatment resources in high prevalence settings. *Social Science & Medicine* 2009;68(12):2271–8.

62. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Epidemiologia e Informação. Índice de Vulnerabilidade à Saúde 2003. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

63. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008 Jan; 24(1):17-27.

64. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. 2011 Fev; 27(2):389-94.

65. Pallas, J.M.A.; Villa, J.J. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. Madrid – Espanha: Mosby/ Doyma Libros, 1995.

66. Richardson RJ, Peres JAS, Wanderley JCV, Correio LM, Peres MHM. *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. 3ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999

67. Toral N; Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12(6):1641-50.

68. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: Pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Ed. Atlas, 1987.

69. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

70. Caprara A, Landim LP. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface (Botucatu) [online]*. 2008; 12(25): 363-76.

71. Mendonça RD, Lopes ACS. Adesão à intervenção nutricional comunitária e fatores associados. Submetido a *Rev. Saúde Pública*. 2016

72. Lopes ACS, Mendonça RD. Adesão à intervenção nutricional comunitária e fatores associados. In: *Anais 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde; 2016 mai 22-26; Curitiba, Brasil*. São Paulo: Saúde e Sociedade; 2016. p. 1490-1491.

73. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 5.ed. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.

74. Zamawe FC. The Implication of Using NVivo Software in Qualitative Data Analysis: Evidence-Based Reflections. *Malawi Med J*. 2015; 27(1): 13–15.

75. Silva KL, Sena RR, Matos JAV, Lima KMSV, Silva PM. Acesso e utilização da Academia da Cidade de Belo Horizonte: perspectiva de usuários e monitores. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. 2014; 19(6):700-710.

76. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: 2012.

77. Monken M, Barcellos C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: Fonseca A. F. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 144-224.

78. Ministério da Saúde (BRASIL), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 39 - Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

79. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2012.

80. Freitas FF, Carvalho YM, Mendes VM. Educação física e saúde: aproximações com a "Clínica Ampliada". Rev. Bras. Ciênc. Esporte. 2013; 35(3): 639-56.

81. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública. Nov./Dec.; 20(6): 1487-94.

82. Franzoni B, Lima LA, Castoldi L, Labrêa MGA. Avaliação da efetividade na mudança de hábitos com intervenção nutricional em grupo. Ciênc. saúde coletiva. 2013; 18(12):3751-8.

83. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(4):884-9

84. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(5):1509-18.

85. Costa SRD, Castro EAB. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. Rev Bras Enferm. 2014 nov-dez; 67(6):979-86.

86. Arenas-Monreal L, Jasso-Arenas J, Campos-Navarro R. Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. Global Health Promotion. 2011;18(4): 42-8.

87. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(3):861-866.

88. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2015. Rio de Janeiro : IBGE, 2015.

89. Pinho PS, Araújo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres Rev Bras Epidemiol. 2012; 15(3): 560-72.
90. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
91. Baptista BO, Beuter M, Girardon-Perlini NMO, Brondani CM, Budó MLD, Santos NO. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm. 2012 mar; 33(1):147-56.
92. Borsa JC, Nunes MLT. Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. Psicol. Argum. 2011 jan./mar.; 29 (64):31-9.
93. Wagner A, Predebon J, Mosmann C, Verza F. Compartilhar Tarefas? Papéis e Funções de Pai e Mãe na Família Contemporânea. Psic.: Teor. e Pesq. 2005; 21(2):181-6.
94. Gedrich K. Determinants of nutritional behaviour: a multitude of levers for successful intervention? Appetite. 2003; 41(3): 231-8
95. Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. Revista Ciência & Saúde. 2008; 1 (1): 33-42.
96. Gomes R; Rebello LEFS; Nascimento EF; Deslandes SR; Moreira MCN. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva. 2011;16(11):4513-21.
97. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Ação Integral a Saúde do Homem. Brasília: 2008.
98. Oliveira MS, Lacerda LNL, Santos LC, Lopes ACS, Câmara AMCS, Menzel HJK, et al. Consumo de frutas e hortaliças e as condições de saúde de homens e mulheres atendidos na atenção primária à saúde. Ciênc. saúde coletiva, 2015; 20(8):2313-22.
99. Santos LM, Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Rev Saúde Pública. 2006;40(2):346-52.
100. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada, Manual de Educação em Saúde Autocuidado na Doença Falciforme. Brasília : Ministério da Saúde, 2008. pág.25.

101. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil), Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília : CONASS, 2007.
102. Santos LAS. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. Rev. Nutr. 2005; 18(5):681-92.
103. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciênc. saúde coletiva. 2015; 20(6): 1869-78.
104. Fraga AB, Lopes ACS, Pinto ALS, Gosh CE, Cruz DKA, Malta DC, et al. Curso de Extensão em Promoção de Saúde para Gestores do SUS Com Enfoque No Programa Academia da Saúde. Ministério da Saúde, 2013.
105. Boog MCF. Explorando a multidimensionalidade da alimentação. In: Boog MCF. Educação em Nutrição Integrando. Campinas, SP: Komedi; 2013. Experiências. p. 55-74.
106. Boog MCF. Construindo práticas e valores. In: Boog MCF. Educação em Nutrição Integrando. Campinas, SP: Komedi; 2013. Experiências. p. 75-92.
107. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Mattos Penna CMMP. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(1): 200-206.



Apêndice

Apêndice

Apêndice 1: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO QUALITATIVA – CONSUMO DE FRUTAS E HORTALIÇAS

Introdução

- 1) Apresente-se ao entrevistado e agradeça por participar.
- 2) Explique os objetivos da pesquisa.
- 3) Vamos fazer mudanças nos Encontros com base em suas respostas.
- 4) Tudo que será dito aqui será mantido em segredo, suas informações ficarão somente entre eu e você. Todos os dados não constarão seu nome ou qualquer informação que te identifique. Acreditamos ser importante que nada do que é dito aqui seja comentado fora.

1) Sobre as ações de incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras (Encontros da Nutrição) que você participou na Academia da Cidade

- 1.1) Me conte um pouco sobre os Encontros de Nutrição que você participou? Como foram? Conte para mim o que você lembra deles.
- 1.2) O que você aprendeu nos Encontros de Nutrição? Quais informações chamaram sua atenção? Quais informações ficaram em sua memória?
- 1.3) Existem questões que precisavam ser mais bem esclarecidas nos Encontros? Fale um pouco mais sobre estas questões? Você ficou com alguma dúvida ou gostaria de saber mais sobre algo que foi abordado nos Encontros?
- 1.4) Existem aspectos, assuntos sobre alimentação que os Encontros não abordaram? Fale um pouco mais sobre estes aspectos.
- 1.5) Você indicaria os Encontros da Nutrição para amigos e parentes participarem? Por quê? Você acredita que eles aumentariam o consumo de frutas, legumes ou verduras caso participassem destes Encontros? Como os Encontros seriam capazes de motivar esse consumo?
- 1.6) Conte para mim o que você mais gostou nos Encontros? E o que menos gostou?
- 1.7) O que significou pra você participar desses Encontros?
- 1.8) Quais foram os motivos que fez você continuar a participar dos Encontros durante sete meses? (como, por quê, situações, exemplos) ?

- 1.9) O quê ou quem facilitava sua participação nos Encontros da Nutrição?
- 1.10) O quê ou quem dificultava sua participação nos Encontros da Nutrição? Nesse caso, como você fazia? (Estratégias para ir, como superava as dificuldades ou não ia.).
- 1.11) Você acha que um vídeo sobre estes Encontros da Nutrição seria útil? Para ver em casa ou na Academia?
- 1.12) Você gostaria de participar novamente de Encontros como estes? Se sim, o quê você acha que deveria ser abordado?
- 1.13) Você tem outros comentários sobre os Encontros da Nutrição?
- 1.14) Você tem sugestões para estes Encontros? (Duração de cada encontro, duração da ação, local, recursos visuais, atividades, temas, etc.)

2) Aquisição e consumo de frutas, legumes e verduras

- 2.1) Você acha que estes Encontros interferiram no seu consumo de frutas? Como? E de legumes e verduras? Como?
- 2.2) No último ano, houve alguma mudança na compra de frutas em sua casa (frequência, organização das compras, quem compra, o quê se compra, o preço destes alimentos, locais de compra e a qualidade dos alimentos comprados)? E de legumes e verduras?
- 2.3) Você gostaria de mudar alguma coisa no seu consumo de frutas, verduras e legumes? O quê? Quais são as principais dificuldades que você tem para mudar isso? O que você tem feito para superar?

3) Encerramento:

- 3.1) Existem outras questões que você queria me contar? Existe alguma coisa que não tenhamos conversado e que julga importante me falar?
- 3.2) Se você pudesse resumir em uma palavra os Encontros de Nutrição, qual seria essa palavra?
- 3.3) Agradecer o usuário pela participação.