

Vanessa de Oliveira Siqueira

**Desenvolvimento de Oficinas de Educação
Alimentar e Nutricional Pautadas no Modelo
Transteórico para Consumo de Óleos e
Gorduras**

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2012

Vanessa de Oliveira Siqueira

**Desenvolvimento de Oficinas de Educação
Alimentar e Nutricional Pautadas no Modelo
Transteórico para Consumo de Óleos e Gorduras**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Aline Cristine Souza Lopes

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Clareci Silva Cardoso

Belo Horizonte

Escola de Enfermagem da UFMG

2012

S618d Siqueira, Vanessa de Oliveira.
Desenvolvimento de oficinas de educação alimentar e nutricional pautadas no modelo transteórico para consumo de óleos e gorduras [manuscrito]. / Vanessa de Oliveira Siqueira. - - Belo Horizonte: 2012. 145f.: il.
Orientadora: Aline Cristine Souza Lopes.
Co-Orientador: Clareci Silva Cardoso.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Educação Alimentar e Nutricional. 2. Comportamento Alimentar. 3. Estudos de Intervenção. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Lopes, Aline Cristine Souza. II. Cardoso, Clareci Silva. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WB 400

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



Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação

Dissertação intitulada: “**Desenvolvimento de Oficinas de Educação Alimentar e Nutricional Pautadas no Modelo Transteórico para Consumo de Óleos e Gorduras**”, de autoria da mestranda Vanessa de Oliveira Siqueira, aprovada pela banca examinadora constituída pelas seguintes professoras:

Profª Drª Aline Cristine Souza Lopes – Escola de Enfermagem/UFMG – Orientadora

Profª Drª Rita de Cássia Marques – Escola de Enfermagem/UFMG

Profª Drª Luana Caroline dos Santos – Escola de Enfermagem/UFMG

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte, 01 de março de 2012

*Dedico este trabalho a minha **filha Júlia**
que Deus, em Sua bondade suprema,
colocou em meu caminho.*

*Dedicatória*

*Primeiramente a **Deus**,
pela vida, pelas oportunidades profissionais e pelo aprendizado pessoal
e acadêmico no decorrer desta jornada.*

*A minha **mãe, Elvira**,
por suas orações e por semear força para eu ir sempre em frente.*

*A minha **filha Júlia**,
pelo amor, carinho e incentivo. Além de compreender minha falta de tempo
durante esta pesquisa e pelos momentos maravilhosos de
aprendizagem e amor, que minha pequena flor sabe.*

*A minha **irmã, Márcia**,
pelo amor que nos une e pelo auxílio de sempre.*

*A meu **pai, Edison**,
pelo incentivo e pelas longas conversas sobre a Verdade de Deus.*

*A meu esposo, **Alessandro**,
pela dedicação, abstract e amor nos momentos de maiores dificuldades.*

*À **professora Aline Cristine Souza Lopes**,
pela paciência, confiança e disponibilidade.*

*À **professora Clareci Silva Cardoso**,
pelo seu interesse, atenção, sugestões valiosas e pela relação de confiança
estabelecida no percurso deste trabalho.*

*Aos **usuários da Academia da Cidade**
que participaram deste trabalho, por terem generosamente
compartilhado suas experiências comigo.*

 **Agradecimentos**

*À Professora Luana e aos colegas do grupo de estudos GREEN e GIN,
pelos diálogos valiosos que contribuíram para a fundamentação teórica desta pesquisa.*

*À Professora Rita de Cássia Ribeiro
pela contribuição valiosa nas oficinas culinárias.*

*A Stefânia, estagiária
que me auxiliou muito na coleta e entrada de dados, além do carinho de sempre.*

*Às amigas e colegas de profissão, Maria Tereza, Alessandra, Cristilene, Raquel,
Renata, Nathália, Mariana Toledo e Mariana Carvalho
pela presença constante e auxílio nos imprevistos, além da amizade cultivada entre nós.*

*Às alunas de graduação Maria Júlia, Mariana Lopes, Raquel, Lorena,
pela ajuda valiosa em vários momentos de meu trabalho.*

A Dani da Academia e seus estagiários, Priscila, Talita, André e Richardson.

A Daniela Landim, por seus valiosos conhecimentos e contribuições.

*A todos os funcionários da Escola de Enfermagem da UFMG,
pela acolhida e colaboração.*

*Aos colegas e professores do Curso de Mestrado da Pós-graduação,
pela possibilidade de um convívio acadêmico.*

*À CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior,
pelo auxílio financeiro com a bolsa de pesquisa,
e à FAPEMIG – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais,
pelo financiamento do projeto de pesquisa.*

 **Agradecimentos**

Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso.

Nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro.

(Autor desconhecido)

RESUMO

SIQUEIRA, V. O. **Desenvolvimento de Oficinas de Educação Alimentar e Nutricional Pautadas no Modelo Transteórico para Consumo de Óleos e Gorduras**. 2012. 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

Considerando-se o crescente aumento das doenças crônicas, a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) constitui uma importante estratégia de promoção da saúde, embora as intervenções nutricionais atualmente empregadas sejam pouco efetivas. Considera-se que melhores resultados seriam obtidos considerando o comportamento alimentar, com o uso do Modelo Transteórico. Neste sentido, esse trabalho propõe o desenvolvimento de oficinas de EAN, pautadas nos estágios de mudança de comportamento para consumo de óleos e gorduras, com usuários de Serviço Público de Promoção da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. As oficinas foram aplicadas em amostra aleatória simples de indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos, que participaram da validação do algoritmo para consumo de óleos e gorduras em pesquisa prévia realizada na Academia da Cidade, serviço de promoção da saúde. As oficinas foram desenvolvidas por nutricionista e psicóloga, de acordo com os estágios de mudança: pré-ação (pré-contemplação, contemplação e decisão) e ação (ação e manutenção), totalizando-se vinte encontros, com duração de uma hora e quinze minutos, sendo dez encontros para cada grupo. Ao grupo de indivíduos em pré-ação (GPA), no qual predominam processos de mudanças cognitivos, focou-se o aumento de consciência com temas relacionados à cidadania e saúde, apoio familiar, custo-benefício de uma alimentação saudável e percepção da autoimagem. Ao grupo de indivíduos em ação (GA), que predominam processos comportamentais, destacou-se a administração de contingências e percepção dos estímulos causadores de recaídas, mediante ampliação do conceito de saúde, custo-benefício da alimentação saudável e oficinas culinárias. Efetuou-se a descrição dos dados sociodemográficos, consumo de alimentos ricos em óleos e gorduras e antropometria, bem como os testes estatísticos de *Qui quadrado*, *t de Student* e *Mann-Whitney*. Para a análise das oficinas, utilizou-se o protocolo de observação e controle de presença. Participaram 59 usuários, 30 pertencentes ao GPA e 29 ao GA, com predomínio de mulheres (91,5%) e de mediana de renda inferior ao salário mínimo. A prevalência de excesso de peso foi elevada (adultos: 78,9% e idosos: 66,7%), bem como o consumo de óleos e alimentos gordurosos, com destaque para a ingestão inadequada de óleos (90,9%) e o consumo de leite do tipo integral (67,2%). No GPA não foi observada participação direta de familiares na oficina. Quanto à imagem corporal, aparentemente, a tensão gerada pela conciliação entre as opiniões próprias e alheias sobre a forma corporal ideal favoreceu uma percepção deturpada do corpo. Os indivíduos do GA demonstraram possuir maior conhecimento sobre o conceito de saúde e seus determinantes sociais. As oficinas englobaram escolhas alimentares no momento da compra, visando fortalecer a leitura de rótulos, custo real do alimento saudável e a prática de compra. A abordagem da alimentação e ansiedade demandou maior profundidade teórica, porém mostrou-se insuficiente para aplicações práticas; nessa perspectiva, a Oficina dos Sabores apontou o preenchimento de tal lacuna. Conclui-se que, o programa de oficinas utilizado permitiu confrontar os hábitos alimentares com os estágios de mudança de comportamento, revelando a importância de intervenções interdisciplinares que considerem o sujeito como ser multideterminado no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Educação Alimentar e Nutricional. Comportamento Alimentar. Hábitos Alimentares. Estudos de Intervenção.

ABSTRACT

SIQUEIRA, V. O. **Development of food and nutrition education workshops based on the Transtheoretical Model for consumption of oils and fats.** 2012. 145 f. Dissertation (Master in Health and Nursing) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais [Nursing School, Federal University of Minas Gerais], Belo Horizonte, 2012.

By noticing a raise in chronic diseases, the food and nutrition education (FNE) becomes an important strategy in the health promotion, although nutritional interventions currently applied are not much effective. Better results would be acquired considering the eating behavior, with the application of Transtheoretical Model. This work proposes FNE workshops, based on stages of behavior change for consumption of oils and fats, with users of Public Health Promotion Service of Belo Horizonte, Minas Gerais. The workshops were developed by nutritionist and psychologist, according to the stages of change: preaction (precontemplation, contemplation, and preparation) and action (action and maintenance), adding up twenty meetings, lasting one hour and fifteen minutes, ten meetings for each group. To the preaction group (PAG), in which predominate cognitive change processes, it was focused the conscience increasing with themes related to citizenship and health, relative support, benefit-cost in a healthy feeding, and the self-image perception. To the action group (AG), that prevail behavioral processes, it was emphasized the amplifying of health concept, benefit-cost in a healthy feeding, contingency administration, and perception of stimuli that provoke relapses. The workshops were applied in simple random sample for individuals aged 20 years or more, who participated in validation of the algorithm for consumption of oils and fats, as prior research performed in *Academia da Cidade*, health promotion service. It was effectuated a data description of socio-demographic, consumption of rich foods in oils and fats, and anthropometry, such as statistical tests of chi-squared, Student's t and Mann-Whitney. By analyzing the workshops, it was used the protocol of observation and presence control. As result, 59 individuals participated in the research, being 30 individuals from PAG and 29 individuals from AG, with a predominance of women (91.5%) and a median below the minimum wage in force. The prevalence of weight excess was high (adults: 78.9% and old people: 66.7%), such as the consumption of oils, and fatty foods, with emphasis on inadequate intake of oils (90.9%) and the consumption of whole milk (67.2%). As evidence, in PAG, it's not watched a direct participation of relatives in the workshop. In the case of the bodily image, apparently, tensions provoked by the conciliation among own opinions and of others about the ideal bodily shape favored a distorted perception of body. Individuals from AG demonstrated more knowledge about health and their social determinants. Workshops included eating choices at the moment of purchase, by aiming fortify the reading of labels, real costs of the healthy food, and the practice of purchase. Approach to the feeding and anxiety required more theoretical depth, but it showed itself insufficient for practical applications; in this perspective, Flavors Workshop pointed at the filling that gap. It's concluded, therefore, that the used workshop program allowed confronting eating habits with the stages of behavior change, revealing the importance of interdisciplinary interventions that consider the subject as a multi-determinate being in the scope of Atenção Primária à Saúde (Primary Attention to Health).

Key-words: Food and Nutrition Education. Feeding Behavior. Food Habits. Intervention Studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	- Descrição dos estágios de mudanças do modelo transteórico e sua aplicação à Nutrição.....	27
Quadro 2	- Processos de mudanças cognitivos e comportamentais e possíveis estratégias de intervenção.....	30
Quadro 3	- Pontos a serem considerados em uma intervenção nutricional baseada nos estágios de mudança de comportamento.....	36
Quadro 4	- Classificação do estado nutricional segundo o Índice de Massa Corporal para adultos.....	51
Quadro 5	- Classificação do estado nutricional, segundo o Índice de Massa Corporal para idosos.....	51
Quadro 6	- Classificação da circunferência da cintura de acordo com o sexo para adultos e idosos caucasianos.....	52
Quadro 7	- Classificação da razão cintura/quadril de acordo com o sexo para adultos e idosos caucasianos.....	52
Quadro 8	- Classificação do estado nutricional, segundo percentual de gordura corporal.....	53
Quadro 9	- Variáveis consideradas no estudo.....	55
Quadro 10	- Dias e horários de realização das oficinas.....	63
Quadro 11	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na “Oficina Inicial” do grupo intervenção em pré-ação.....	67
Quadro 12	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Cidadania e Saúde” do grupo intervenção em pré-ação.....	68
Quadro 13	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Ampliação do Conceito de Saúde” do grupo-intervenção em pré-ação.....	70
Quadro 14	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Apoio Familiar” do grupo-intervenção em pré-ação.....	71
Quadro 15	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Prós e Contras do Alto Consumo de Óleos e Gorduras” do grupo-intervenção em pré-ação.....	73
Quadro 16	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Reconhecendo a Gordura não Aparente dos Alimentos” do grupo-intervenção em pré-ação.....	74

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 17	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Escolhas mais Saudáveis e Acesso a Frutas, Verduras e Legumes” do grupo intervenção em pré-ação.....	75
Quadro 18	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Percepção Corporal” do grupo-intervenção em pré-ação.....	76
Quadro 19	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Prazer e Ansiedade” do grupo-intervenção em pré-ação.....	77
Quadro 20	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Plano de Ação” do grupo-intervenção em pré-ação.....	78
Quadro 21	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Oficina Inicial” do grupo intervenção em ação.....	80
Quadro 22	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Desenvolvimento do Conceito Ampliado de Saúde” do grupo intervenção em ação.....	81
Quadro 23	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Reconhecendo a Quantidade de Gorduras dos Alimentos” do grupo intervenção em ação.....	82
Quadro 24	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Tamanho das Porções e Valor Calórico dos Alimentos Ricos em Óleos e Gorduras” do grupo intervenção em ação.....	83
Quadro 25	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Estímulo ao Consumo de Leite e Derivados Desnatados” do grupo intervenção em ação.....	84
Quadro 26	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Aumento do Consumo de Frutas, Verduras e Legumes” do grupo intervenção em ação.....	85
Quadro 27	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Estímulo a Compras Mais Saudáveis” do grupo-intervenção em ação.....	86
Quadro 28	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Controle o Apetite” do grupo intervenção em ação.....	87

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 29	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Oficina dos Sabores” do grupo intervenção em ação.....	88
Quadro 30	- Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Plano de Manutenção” do grupo-intervenção em ação.....	89
Figura 1	- Estágios de mudança e processos enfatizados.....	33
Figura 2	- Índices de Vulnerabilidade Social familiar da população residente em Belo Horizonte, 2000.....	44
Figura 3	- Fluxograma do Estudo: “Desenvolvimento e avaliação de intervenções nutricionais realizadas nas Academias da Cidade pertencentes ao projeto BH Saúde – Belo Horizonte-MG”.....	47
Figura 4	- Esquema amostral.....	48

LISTA DE TABELAS

1	- Perfil sociodemográfico e econômico, segundo dados da linha de base, dos usuários da Academia da Cidade do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte - MG, 2010 (n=59).....	57
2	- Dados Antropométricos, segundo dados da linha de base, dos usuários da Academia da Cidade do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte - MG, 2010.....	58
3	- Consumo e hábitos alimentares relacionados a óleos e gorduras, segundo dados da linha de base, dos usuários da Academia da Cidade do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte - MG, 2010 (n=59).....	59
4	- Perfil sociodemográfico e econômico na linha de base dos usuários da Academia da Cidade do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte - MG, 2010, de acordo com o tipo de grupo (n=59).....	60
5	- Consumo e hábitos alimentares relacionados a óleos e gorduras na linha de base dos usuários da Academia da Cidade do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte - MG, 2010, de acordo como o tipo de grupo (n=59).....	61
6	- Perfil Antropométrico, segundo dados da linha de base, dos usuários da Academia da Cidade do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte - MG, 2010 (n=59).....	62
7	- Presença dos participantes nas oficinas realizadas com o grupo em pré-ação.....	65
8	- Presença dos participantes nas oficinas realizadas com o grupo em ação.....	65
9	- Avaliação das oficinas pelo protocolo do observador.....	66

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AI	- <i>Adequate Intake</i>
AMB	- Área Muscular do Braço
CB	- Circunferência do Braço
CC	- Circunferência da Cintura
CMB	- Circunferência Muscular do Braço
COEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CONSEA	- Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CQ	- Circunferência do Quadril
CT	- Calorias Totais
DANT	- Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCV	- Doença Cardiovascular
DHAA	- Direito Humano à Alimentação Adequada
DM	- Diabetes <i>Mellitus</i>
DRI	- <i>Dietary Reference Intakes</i>
EAN	- Educação Alimentar e Nutricional
EAR	- <i>Estimated Average Requirement</i>
ENDEF	- Estudo Nacional de Despesas Familiares
FAPEMIG	- Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais
FVL	- Frutas, Verduras e Legumes
GA	- Grupo de Indivíduos em Ação
GPA	- Grupo de Indivíduos em Pré-Ação
h	- Horas
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	- Índice de Massa Corporal
IVS	- Índice de Vulnerabilidade Social
MG	- Minas Gerais
NAF	- Nível de Atividade Física
NASF	- Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NSI	- <i>Nutrition Screening Initiative</i>
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PBH	- Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
POF	- Pesquisas de Orçamento Familiar

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

R24	-	Recordatório Alimentar de 24 horas
RCQ	-	Razão Cintura/Quadril
RDA	-	<i>Recommended Dietary Allowance</i>
SAN	-	Segurança Alimentar e Nutricional
SMSA-BH	-	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SPSS	-	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UFMG	-	Universidade Federal de Minas Gerais
UL	-	<i>Tolerable Upper Intake Level</i>
VIGITEL	-	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
vs.	-	<i>versus</i>
WHO	-	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1	Doenças e agravos não transmissíveis e o consumo alimentar.....	22
2.2	Óleos e gorduras e seu consumo pela população brasileira.....	23
2.3	Educação alimentar e nutricional e o modelo transteórico na mudança de comportamento alimentar.....	25
2.4	Intervenções nutricionais pautadas no Modelo Transteórico.....	35
3	OBJETIVOS	40
3.1	Objetivo Geral.....	41
3.2	Objetivos Específicos.....	41
4	CASUÍSTICA E MÉTODO	42
4.1	Projeto BH+Saudável – Projeto de Promoção de Modos de Vida Saudáveis.	43
4.2	Local do estudo.....	43
4.3	Delineamento do estudo e amostragem.....	46
4.4	Coleta de dados.....	49
4.5	Avaliação do consumo e hábito alimentar.....	49
4.6	Classificação e reclassificação dos usuários em estágios de mudança.....	49
4.7	Avaliação antropométrica.....	50
4.8	Intervenções nutricionais.....	53
4.9	Variáveis do estudo e análise quantitativa dos dados.....	54
4.10	Aspectos éticos.....	55
5	RESULTADOS	56
5.1	Características sociodemográficas, estado nutricional e consumo de óleos e gorduras entre os participantes da intervenção na linha de base do estudo...	57
5.2	Oficinas de intervenção pautadas nos estágios comportamentais de mudança para o consumo de óleos e gorduras.....	62
5.2.1	Oficinas desenvolvidas com indivíduos do grupo pré-ação.....	67
5.2.2	Oficinas desenvolvidas com indivíduos do grupo ação.....	79
6	DISCUSSÃO	90
7	CONCLUSÃO	101
	REFERÊNCIAS	103
	ANEXOS	114
	APÊNDICES	130



Introdução

1 INTRODUÇÃO

No mundo, observa-se o aumento das doenças e agravos não transmissíveis (DANT), com destaque para a obesidade. Pesquisas nacionais revelam aumento importante de sua prevalência, como consequência de mudanças no estilo de vida, incluindo o consumo de alimentos (BRASIL, 2004a).

A tendência atual do padrão alimentar da população brasileira caracteriza-se pela redução da ingestão de cereais, leguminosas, frutas, legumes, verduras e aumento da ingestão de alimentos com alta densidade calórica, com destaque para as gorduras, principalmente de origem animal (BRASIL, 2004a). Os lipídeos desempenham papel fundamental na alimentação humana por fornecerem calorias e atuarem como veículo para as vitaminas lipossolúveis (ORNELLAS, 2001). Mas seu consumo excessivo, principalmente associado à inatividade física, favorece o desenvolvimento de doenças como a obesidade, dislipidemias e doenças cardíacas (WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO, 2000).

O padrão alimentar é produto da interação de uma série de fatores, com destaque para os culturais, biológicos, sociais e ambientais. Ao considerar a complexidade que envolve o consumo alimentar dos sujeitos, as intervenções desenvolvidas neste sentido devem prioritariamente utilizar uma abordagem interdisciplinar que contemple os diferentes componentes e aspectos que envolvem a alimentação (BOOG, 2004; POULAIN; PROENÇA, 2003).

Para viabilizar as ações voltadas para a mudança do consumo e comportamento alimentar, o uso da Educação Alimentar e Nutricional (EAN) é fundamental. A EAN se insere como estratégia de promoção à saúde, ao considerar os modos de viver da sociedade moderna em busca de um padrão alimentar favorável à saúde, com consequente repercussão sobre a prevenção e o controle das DANT (TURANO; ALMEIDA, 1999).

Ressalta-se que a EAN deve pautar suas ações para além de uma abordagem meramente informativa, mas principalmente visando tornar as pessoas capazes de superar os determinantes sociais que tornam sua saúde vulnerável. Sugere-se, portanto, uma educação construtivista e emancipadora (AYRES *et al.*, 2003; FREIRE, 1996).

No entanto, na prática, a maioria das intervenções nutricionais ignora as diferenças individuais e a disposição dos indivíduos em mudar seu comportamento, mostrando-se, em grande parte das vezes, ineficientes. Acredita-se que os programas de EAN deverão ser mais eficientes se considerarem de forma específica o comportamento alimentar no planejamento de intervenções (TORAL; SLATER, 2007).

Tendo em vista a complexidade do construto mudança de comportamentos de saúde, acredita-se que dificilmente uma única teoria seja suficiente para a compreensão dos diversos fatores envolvidos nesse processo. Nesse sentido, são utilizados modelos teóricos que correspondem a um conjunto de teorias que facilitam o entendimento dessa temática. Nesse aspecto, destaca-se o Modelo Transteórico ou Modelo de Estágios de Mudança de Comportamento (ASSIS; NAHAS, 1999; GLANZ; LEWIS; RIMER, 1996). É um modelo que considera que os indivíduos se encontram em diferentes estágios de comportamento e cada um representa uma percepção e um grau de motivação distintos frente à possibilidade de mudanças (KRISTAL *et al.*, 1999; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992). Dessa forma, ao considerar os diferentes estágios, pode-se conseguir maior eficiência no planejamento e no resultado de intervenções nutricionais e em saúde (DE GRAAF *et al.*, 1997; TORAL, 2006).

O Modelo Transteórico relacionado ao comportamento alimentar aplica-se ao consumo de fibras, óleos e gorduras, frutas e vegetais, além de outros construtos (TORAL; SLATER, 2007). A classificação dos indivíduos nos estágios de mudança de comportamento é realizada por meio de um algoritmo cujos resultados são baseados em um questionário com um número limitado de perguntas reciprocamente exclusivas (DE GRAAF *et al.*, 1997; GLANZ *et al.*, 1994; TORAL; SLATER, 2007).

Os estágios identificados no algoritmo consistem em pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção (PROCHASKA; REDDING; EVERS, 1996), sendo que as intervenções realizadas nos três primeiros estágios (pré-ação) devem pautar-se na conscientização da necessidade das mudanças. Nos dois últimos (ação e manutenção) devem ser propostas ações que solidifiquem a autoconfiança e o autocontrole visando manter o comportamento, uma vez que o

indivíduo já consegue enfrentar os diferentes desafios para a mudança de comportamento (ZACCARELLI, 2005).

Nesse sentido, emerge a necessidade de estudos que contribuam para a reflexão de outras formas de se realizar intervenções nutricionais, buscando uma melhor aplicação desse conhecimento no âmbito da Atenção Primária em Saúde, local privilegiado para a realização de atividades de promoção da saúde (AYRES *et al.*, 2003). Dessa forma, este estudo, ao propor o desenvolvimento de intervenções nutricionais voltadas para a redução do consumo de gorduras, pautadas no modelo transteórico, espera contribuir para a construção do conhecimento na área, ainda tão incipiente.

*R*eferencial teórico

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Doenças e agravos não transmissíveis e o consumo alimentar

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) vêm assumindo grande relevância para a saúde pública mundial. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2001, essas doenças e agravos contribuíram com 60% dos óbitos notificados no mundo, representando 46% da carga global de doenças. Acredita-se que a proporção aumentará para 57% até 2020 (WHO, 2003a).

As principais DANT são do aparelho circulatório (hipertensão arterial sistêmica – HAS, infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico), os cânceres, diabetes *mellitus*, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças osteoarticulares, obesidade e dislipidemias, dentre outras. Nesse cenário, destaca-se a obesidade por também constituir fator importante para o desenvolvimento de outras DANT (KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003).

De acordo com estimativas globais, mais de um bilhão de adultos apresentam excesso de peso, sendo 300 milhões obesos (WHO, 2002). Pesquisas nacionais revelam aumento importante de sua prevalência de 35% em 1990 para 49% em 2008-2009 (BRASIL, 2010).

Os principais fatores e condições de risco associados à obesidade incluem alimentação inadequada, sedentarismo, fatores genéticos, condições de vida e de trabalho, alterações neuroendócrinas, tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estresse, além de fatores psicossociais e econômicos (BARRETO, 2005; FRANCISCHI *et al.*, 2000).

Dentre esses fatores, destacam-se os novos hábitos alimentares apresentados pela população brasileira, reflexo da maior oferta de alimentos, principalmente os industrializados. O padrão alimentar nacional atual caracteriza-se por dietas com alta densidade calórica e ricas em gordura e pelo aumento do consumo de açúcar e cereais refinados, além da redução da ingestão de carboidratos complexos e fontes de fibras. Adicionalmente, verificou-se maior frequência de refeições realizadas fora de casa e consumo de alimentos industrializados com alta densidade calórica (BARRETO, 2005; BRASIL, 2004b, 2010; KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003; MARTÍNEZ *et al.*, 2002).

Comparando-se o Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF) de 1974 a 1975 com as Pesquisas de Orçamento Familiar (POF) de 1962, 1988 e 2003 verifica-se, no período, aumento do consumo de carnes em geral (+50%), carne bovina (+22%), óleos e gorduras vegetais (+16%), leite e derivados (+36%), refeições prontas (+80%), carne de frango (+100%), embutidos (+300%), biscoitos (+400%). Já a ingestão de alimentos, como peixes (-50%), gordura animal (-65%) e ovos (-84%), apresentou redução. O grupo das frutas, verduras e legumes manteve seu consumo relativamente constante (entre 3% e 4%), mas abaixo das recomendações de 6% a 7% das calorias totais recomendadas (LEVY-COSTA *et al.*, 2005).

Ao comparar as POF realizadas em 2002-2003 e 2008-2009, observa-se aumento importante do consumo de alimentos industrializados. O grupo de alimentos preparados e misturas industriais, apresentou maior aumento relativo (37%), como pães (5,7% para 6,4%), embutidos (1,78% para 2,2%), biscoitos (3,1% para 3,4%), refrigerantes (1,5% para 1,8%) e refeições prontas (3,3% para 4,6%). Ressalta-se que estes alimentos são ricos em açúcar, óleos e gorduras (BRASIL, 2010; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE, 2004, 2011).

Ao considerar a ascensão da obesidade e demais DANT e o papel do consumo de alimentos, especificamente dos óleos e gorduras, nesse processo, compreender o consumo desse componente na dieta assume papel de relevância (WHO, 2003a).

2.2 Óleos e gorduras e seu consumo pela população brasileira

Os óleos e gorduras são compostos de origem vegetal, animal ou resultante da ação microbiana, solúveis em solventes orgânicos e insolúveis em água. São formados principalmente por triacilgliceróis, substâncias que conferem aos lipídios suas principais propriedades nutricionais, diferindo basicamente, entre si, pelo comprimento da cadeia de hidrocarbonetos (quatro a 24 átomos de carbono) e pelo número e posição de suas duplas ligações (ORNELLAS, 2001).

Óleos e gorduras, independente de seu tipo, desempenham papel fundamental na alimentação humana. Além de fornecerem calorias, agem como

veículo para as vitaminas lipossolúveis, como A, D, E e K. São também fontes de ácidos graxos essenciais como o linoléico, linolênico e araquidônico, e contribuem para a palatabilidade dos alimentos (ORNELLAS, 2001).

No entanto, óleos e gorduras são bastante concentrados em calorias, fornecendo 900 kcal/100 gramas, sendo que apenas 15% a 30% das calorias diárias devem ser fornecidas por esse grupo. No contexto atual, o consumo de dietas ricas em óleos e gorduras faz parte do hábito alimentar no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006a, b; WHO, 2003a).

Comparando-se o ENDEF (1975) com as POF realizadas em 1962 e 1988, verifica-se aumento da participação de gorduras no consumo calórico total, com destaque para as regiões metropolitanas do Sudeste e Nordeste. Adicionalmente, tem-se a substituição da banha animal e da manteiga por margarina e outros óleos, e aumento do consumo de gorduras, leite e derivados integrais (PEDRAZA, 2004). Destaca-se que o aumento do consumo de alimentos com alta densidade calórica ocorreu preferencialmente nas famílias mais pobres, devido possivelmente a seu menor custo, entretanto, na última POF (2008-2009) verificou-se também o aumento do consumo desses alimentos para as classes mais altas (BRASIL, 2010; IBGE, 2004, 2011).

Pesquisas, como a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), corroboram essa tendência de manutenção do padrão elevado de consumo de gordura animal na população brasileira. Destaca-se o elevado consumo de carnes com excesso de gordura ou frango com pele (33,0%) e leite com teor integral de gordura (58,4%) relatado pelos brasileiros (BRASIL, 2010).

Em estudo realizado com usuários da Academia da Cidade do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte, local do presente estudo, verificou-se que 38,3% dos usuários apresentavam consumo excessivo de lipídeos, com maior prevalência entre as mulheres (40,8% vs. 21,1% dos homens; $p=0,01$). Também se verificou ingestão excessiva de colesterol (16,8%); ácidos graxos saturados (41,0%), monoinsaturados (14,7%) e poliinsaturados (32,0%) (LIMA, 2009).

Como visto, o atual padrão alimentar brasileiro está embasado na excessiva ingestão de alimentos com alta densidade calórica; ricos em gorduras,

principalmente as saturadas, além de pobres em fibras e micronutrientes (BRASIL, 2006a, 2007a, 2008, 2009, 2010; LEVY-COSTA *et al.*, 2005).

Diante dessa perspectiva, faz-se necessário o desenvolvimento de intervenções nutricionais mais efetivas e contextualizadas na dinâmica de vida das populações, que sejam capazes de promover hábitos mais saudáveis, considerando os aspectos culturais e comportamentais dos indivíduos. Para isso, a educação alimentar e nutricional constitui estratégia importante.

2.3 Educação alimentar e nutricional e o modelo transteórico na mudança de comportamento alimentar

A educação em saúde busca o desenvolvimento da autonomia e a responsabilidade dos indivíduos no autocuidado de sua saúde (ALVES, 2005). Em relação à alimentação, tem-se mais especificamente a educação alimentar e nutricional que assume papel importante na promoção da saúde (FERREIRA; MAGALHÃES, 2006).

A EAN direciona seus recursos para as práticas alimentares saudáveis, constituindo instrumento capaz de sensibilizar indivíduos e comunidades para a adoção de uma alimentação mais saudável por permitir sua interação com o meio e estimular a reconstrução do estilo de vida (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003). A EAN deve considerar o comportamento alimentar, sem contudo tornar-se reguladora do que o indivíduo deve ou não realizar, ou seja, “vigilante do prazer alheio” (CHOR, 1999, p. 425). Deve ir além, proporcionando, às pessoas, um estímulo para mudanças no comportamento alimentar, passando de um hábito mecânico para uma conduta voltada a compreender seu próprio corpo e a observá-lo, tornando-se sujeitos ativos de sua conduta alimentar (BOOG, 1999).

Apesar disso, as intervenções pautadas na EAN, tradicionalmente utilizadas, não consideram as diferentes atitudes e percepções perante a nutrição e a saúde, além de partirem do pressuposto de que os indivíduos estão prontos para mudar seu comportamento alimentar, sem antes investigar seus desejos ou oferecer suporte para tais mudanças (TORAL; SLATER, 2007).

Para melhor compreender as dificuldades em se concretizar ações de EAN, pautadas na realidade e diferenças dos indivíduos, torna-se essencial a

compreensão do comportamento alimentar. É uma temática multifatorial, com destaque para os determinantes fisiológicos, psicológicos, sociodemográficos, econômicos e ambientais. Os fatores fisiológicos referem-se às necessidades calóricas e de nutrientes para a manutenção do corpo; os psicológicos, à influência do estado emocional na alimentação, imagem corporal, conhecimentos e crenças alimentares. Os sociodemográficos referem-se ao sexo, à escolaridade, ao estado civil, dentre outros; os econômicos, à disponibilidade de recursos e à oferta de alimentos, muitas vezes delimitadores das escolhas alimentares. E, por fim, há os ambientais, espaços considerados obesogênicos como a família, além da ausência de espaços destinados à prática de atividade física (TORAL *et al.*, 2006).

Sendo o comportamento alimentar multideterminado, supõe-se que uma única teoria não seja capaz de explicá-lo. Diante dessa premissa, o modelo transteórico é apontado como alternativa para a compreensão do comportamento alimentar (TORAL *et al.*, 2006; TORAL; SLATER, 2007; ZACCARELLI, 2005).

O modelo transteórico (MT) foi originalmente desenvolvido por Prochaska e DiClemente em meados de 1980 para avaliar a cessação do tabagismo (PROCHASKA; JOHNSON; LEE, 1998). Atualmente é aplicado a uma variedade de comportamentos em saúde (PROCHASKA; JOHNSON; LEE, 1998), embora seu uso pela Ciência da Nutrição seja recente. Esse modelo permite a abordagem de diferentes construtos relacionados à nutrição, tais como o consumo de gorduras, frutas e hortaliças, fibras e cálcio, além de estratégias para o controle do peso e do diabetes (ROSSI *et al.*, 2001; TORAL, 2006).

O modelo busca representar a dinâmica das mudanças de comportamento, ou seja, mensura quando a mudança ocorre e aponta o grau de motivação do sujeito em realizá-la. Para isso, agrupa os indivíduos em estágios de mudanças de comportamentos, que consistem em pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção (QUADRO 1) (PROCHASKA; JOHNSON; LEE, 1998).

QUADRO 1
 Descrição dos estágios de mudanças do modelo transteórico e sua aplicação à Nutrição

Estágios	Características do estágio	Aplicação à Nutrição
Pré-contemplação	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança comportamental ainda não foi considerada pelo indivíduo e não há intenção em mudar; - Possíveis vivências de tentativas frustradas de alterar atitudes, não acreditando mais em sua capacidade de modificá-las; - Indivíduos reconhecem a solução, mas não reconhecem o problema; - Apresentam resistência e pouca motivação. 	Indivíduos não reconhecem práticas alimentares como inadequadas ou não dispõem de motivação necessária para alterá-las. <i>"Eu não tenho uma alimentação saudável, mas não vou mudar nada."</i>
Contemplação	<ul style="list-style-type: none"> - Indivíduo pretende alterar seu comportamento no futuro mas ainda não estabeleceu prazos; - Ele reconhece a existência do problema, está seriamente decidido a superá-lo, mas ainda não está pronto; - Há conhecimento dos benefícios da mudança mas diversas barreiras são percebidas como empecilhos. 	Indivíduo reconhece que tem padrão alimentar pouco saudável, mas acredita que a falta de tempo, o preço ou o sabor dos alimentos impedem a adoção de uma alimentação adequada. <i>"Sei que não me alimento como deveria, mas é muito difícil ter uma alimentação saudável."</i>
Decisão ou Preparação	<ul style="list-style-type: none"> - Indivíduo pretende alterar comportamento num futuro próximo (em torno de 30 dias); - Geralmente, após superar tentativas frustradas, são realizadas pequenas mudanças e um plano de ação é adotado, ainda sem assumir compromisso sério. 	Expressão característica desse estágio manifesta o seguinte desejo: <i>"Na próxima segunda-feira, começarei a dieta."</i>
Ação	<ul style="list-style-type: none"> - Indivíduos que alteraram de fato seu comportamento ou ambiente, são capazes de superar barreiras; - Mudanças são visíveis e ocorreram recentemente (últimos seis meses); - Esse estágio exige grande dedicação e disposição para evitar recaídas. 	Indivíduo reduziu o consumo de alimentos aterogênicos, e passa a ter os primeiros benefícios da modificação de suas práticas. <i>"Faço dieta há um mês e já consegui emagrecer!"</i>
Manutenção	<ul style="list-style-type: none"> - Indivíduo já modificou o comportamento e o mantém há mais de seis meses; - O foco é prevenir recaídas e consolidar benefícios obtidos; - Não é um estágio estático, pois continua a mudança de comportamento iniciada no estágio anterior. 	Indivíduo que passou por reeducação alimentar e adotou dieta saudável há mais de seis meses. <i>"Aprendi a alimentar de forma saudável e não engordei nos últimos seis meses."</i>

Fonte: DE GRAAF *et al.*, 1997; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; PROCHASKA; JOHNSON; LEE, 1998; TORAL; SLATER, 2007.

No estágio de pré-contemplação, o indivíduo não intenciona a mudança de comportamento em um futuro previsto. Evita pensar, falar e não percebe o comportamento como sendo um problema; percebe mais benefícios do que desvantagens em continuar a agir da mesma forma. Nesse estágio, as pessoas

encontram-se resistentes ou desmotivadas ao processo de mudança. Dessa forma, ainda não estão prontas para intervenções voltadas para uma alimentação mais saudável, necessitando ser sensibilizadas (DE GRAAF *et al.*, 1997; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; PROCHASKA; JOHNSON; LEE, 1998; ROSSI *et al.*, 1993). De forma geral, os programas tradicionais de educação alimentar e nutricional não possuem uma linguagem adequada a esse grupo de indivíduos (QUADRO 1).

No estágio de contemplação, o indivíduo reconhece a necessidade da mudança, mas necessita de intervenções que trabalhem sua motivação. Nessa fase, ele tende a ser extremamente consciente, mas com argumentos contra e a favor das mudanças. Essas ambivalências podem mantê-lo estático por longos períodos. Esses indivíduos tampouco estão aptos para iniciar os programas de ação orientada (QUADRO 1) (DE GRAAF *et al.*, 1997; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; PROCHASKA; JOHNSON; LEE, 1998; ROSSI *et al.*, 1993).

No estágio de decisão, também chamado de preparação, o indivíduo está pronto para alterar seu comportamento nos próximos 30 dias, frente à superação das frustradas tentativas anteriores, mas nenhum compromisso é firmado. Nessa fase, é necessário que se trabalhe com programas de motivação e que se monte um plano de ação para um curto período de tempo (QUADRO 1) (DE GRAAF *et al.*, 1997; HORWATH, 1999; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; PROCHASKA; JOHNSON; LEE, 1998).

Os indivíduos em ação estão aptos a mudanças mais imediatas e concisas, por um período de até seis meses. As intervenções devem ser suficientes para promover sua saúde e reduzir os riscos de doenças. Esse estágio é o menos estável e tende a recaídas sendo que, após seis meses, o indivíduo, que manteve seu novo comportamento ingressa no estágio de manutenção (QUADRO 1) (DE GRAAF *et al.*, 1997; HORWATH, 1999; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; PROCHASKA; JOHNSON; LEE, 1998; ROSSI *et al.*, 1993).

Por último, tem-se o estágio de manutenção, no qual o indivíduo já modificou seu comportamento há mais de seis meses, mas ainda é necessário prevenir recaídas e consolidar os ganhos obtidos durante a ação (QUADRO 1) (DE GRAAF *et al.*, 1997; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; PROCHASKA; JOHNSON; LEE, 1998).

Esses estágios de comportamento podem ser classificados em dois grandes grupos:

- a) Pré-ação: indivíduos em pré-contemplação, contemplação e decisão;
- b) Ação: indivíduos em ação e manutenção (TORAL; SLATER, 2007).

Essa classificação possibilita a aplicação de programas de educação alimentar e nutricional em populações, pautados nos estágios de comportamento alimentar, no âmbito dos serviços de saúde, de forma a promover maior estímulo e motivação para mudanças, bem como a melhoria da alimentação, da saúde e da qualidade de vida (TORAL; SLATER, 2007).

O modelo transteórico apresenta muitos fatores que determinam as transições entre as fases, denominados processos de mudança. Esses processos podem ser utilizados para monitorar o sucesso em diferentes fases e intervenções – autoeficácia e equilíbrio de decisão. A autoeficácia refere-se à confiança para executar o novo comportamento e o equilíbrio de decisão considera a importância relativa conferida às percepções de prós e contras da adoção do novo comportamento. No modelo transteórico, a autoeficácia é avaliada não só pela confiança na capacidade de alterar os comportamentos de risco, mas também pela habilidade em superar a tentação de continuar com esses comportamentos (HORWATH, 1999; TORAL; SLATER, 2007).

São 10 os processos de mudança que constituem a base para a realização da intervenção (QUADRO 2). Eles permitem a aplicação de estratégias a partir de uma análise comparativa das diferentes abordagens de intervenção que podem ser utilizadas no planejamento das mudanças, com ênfase no comportamento e na cognição. Esses processos são normalmente avaliados por meio do relato dos sujeitos (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

QUADRO 2
Processos de mudanças cognitivos e comportamentais e possíveis estratégias de intervenção

Tipo de Processo	Fase do Processo	Estratégia de Intervenção
Cognitivo	Aumento de consciência	Aumentar a compreensão e a consciência de si mesmo, além de problemas de comportamento Atividades: observações e biblioterapia
	Alívio dramático	Vivenciar e expressar uma forte reação emocional a eventos que ocorrem no ambiente. Envolve catarse Atividades: psicodrama e <i>role-playing</i>
	Reavaliação ambiental	Apreciar como um problema de comportamento pode afetar outras pessoas ou o ambiente Atividades: formação de empatia
	Liberação social	Preocupar-se com mudanças no ambiente que proporcionem alternativas aos indivíduos Atividades: intervenção política
	Autorreavaliação	Apreciar prós e contras associados à evolução do comportamento- problema Atividades: clarificar valores, imagens, imaginar como superar problemas e sentir-se
Comportamental	Controle de estímulos	Remoção ou prevenção de situações que desencadeiam o comportamento, reestruturação do ambiente e acréscimo de estímulos para comportamentos alternativos Atividades: grupos de autoajuda
	Apoio social	Aceitar e utilizar o apoio à mudança Atividades: suporte social e grupos de autoajuda
	Administração de contingências	Premiar a si próprio ou ser premiado por outros por fazer alterações Atividades: contratos, manifestações e reforços
	Contra-condicionamento	Encontrar alternativas para substituir o comportamento problemático Atividades: aprendizagem de comportamentos saudáveis para substituir aqueles menos saudáveis
	Autoliberação	Escolher e agir, acreditando na possibilidade de mudar Atividades: resoluções de ano novo e testemunhos públicos de indivíduos bem sucedidos

Fonte: HORWATH, 1999; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992.

Os processos cognitivos são cinco e envolvem mudanças nas atitudes dos indivíduos. O aumento de consciência refere-se à elevação do nível de consciência do indivíduo sobre si mesmo, sobre o comportamento não desejável, incluindo percepção da causa, da consequência e do tratamento. As intervenções que podem aumentar a sensibilização para a mudança incluem *feedback*, educação, confrontação, interpretação, biblioterapia e campanhas na mídia (QUADRO 2)

(HORWATH, 1999; OLIVEIRA; DUARTE, 2006; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

O alívio dramático envolve experimentar e expressar sentimentos sobre si próprios em relação a seu problema de comportamento. As técnicas que podem ser aplicadas nesse processo incluem o psicodrama, *role-playing*, vivências de luto, testemunhos pessoais e campanhas nos meios de comunicação (HORWATH, 1999; OLIVEIRA; DUARTE, 2006; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Na reavaliação ambiental, o indivíduo julga como o próprio problema de comportamento pode afetar o ambiente pessoal e físico. Pode incluir também a consciência de que um pode servir como um modelo positivo ou negativo para os outros. Técnicas de treinamento de empatia, documentários e intervenções familiares podem favorecer essa reavaliação (HORWATH, 1999; OLIVEIRA; DUARTE, 2006; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

A liberação social envolve o aumento da disponibilidade de comportamentos alternativos na sociedade para que o indivíduo possa mudar seu comportamento. Exige um aumento de oportunidades sociais ou alternativas especialmente criadas para pessoas que são relativamente privadas ou oprimidas. Defensoria, procedimentos de empoderamento, exercício da cidadania e políticas adequadas podem produzir maiores oportunidades (HORWATH, 1999; OLIVEIRA; DUARTE, 2006; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Finalmente, na autorreavaliação, os indivíduos fazem a avaliação de si próprios quanto aos custos e benefícios das mudanças de comportamento. Essa fase combina tanto aspectos cognitivos quanto afetivos de uma avaliação da auto-imagem, com e sem um hábito insalubre. Esclarecimentos sobre os valores, modelos e imagens de pessoas e atitudes saudáveis são técnicas que podem ser aplicadas (HORWATH, 1999; OLIVEIRA; DUARTE, 2006; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Os processos de mudanças são definidos pelas atividades que os indivíduos executam para modificar o comportamento problemático, tais como processos cognitivos e comportamentais. O controle de estímulos relaciona-se a evitar ou a contornar estímulos que levam ao comportamento indesejável e adiciona avisos para alternativas saudáveis. Grupos de autoajuda podem fornecer estímulos para apoiar

a mudança e reduzir os riscos de recaída (HORWATH, 1999; OLIVEIRA; DUARTE, 2006; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

O apoio social relaciona-se ao fato de os indivíduos estarem abertos e dispostos a confiar em pessoas que se importam com eles. Devem combinar cuidado, confiança, abertura e aceitação, bem como apoio para a mudança para o comportamento saudável. A comunidade e suas redes sociais, tais como: nutricionista, assistente social e outros profissionais de saúde podem ser vistos como referência; além de amigos e conselheiros comunitários que podem atuar como fontes de apoio social (HORWATH, 1999; OLIVEIRA; DUARTE, 2006; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Complementarmente, tem-se o contra-condicionamento que se embasa na substituição do comportamento não desejável por um comportamento alternativo. Requer a aprendizagem de comportamentos saudáveis para substituir aqueles menos saudáveis. Relaxamento pode substituir o estresse, afirmação pode substituir a pressão dos colegas, nicotina em substituição a cigarros, alimentos mais saudáveis podem ser substitutos dos alimentos gordurosos (HORWATH, 1999; OLIVEIRA; DUARTE, 2006; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Já a administração de contingências baseia-se em enfatizar e premiar as mudanças, reforçando as ações positivas. As atividades como o reforço de comportamentos positivos, o aprendizado observável pelo comportamento apresentado e os conteúdos organizados em grau de dificuldade crescente podem auxiliar (HORWATH, 1999; OLIVEIRA; DUARTE, 2006; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Por último, destaca-se a autoliberação que está relacionada a mudanças em nível experiencial que aumentam a capacidade do indivíduo em fazer escolhas, realizar atos e acreditar na possibilidade de mudança. Resoluções de ano novo e testemunhos públicos de indivíduos bem sucedidos podem ser exemplos desse processo (HORWATH, 1999; OLIVEIRA; DUARTE, 2006; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Pesquisas demonstram que raramente indivíduos pré-contempladores utilizam os processos cognitivos e comportamentais. Os processos cognitivos, baseados em experiências, estratégias emocionais ou de percepção e compreensão ocorrem em alguns períodos da fase de contemplação, enquanto que os processos

comportamentais ocorrem principalmente nos estágios de ação e manutenção. Acredita-se, assim, que as mudanças possam obter maior sucesso quando os processos são estimulados de forma correta nos estágios adequados (HORWATH, 1999).

A FIG. 1 mostra os processos que podem ser aplicados ou evitados em cada estágio de mudança.

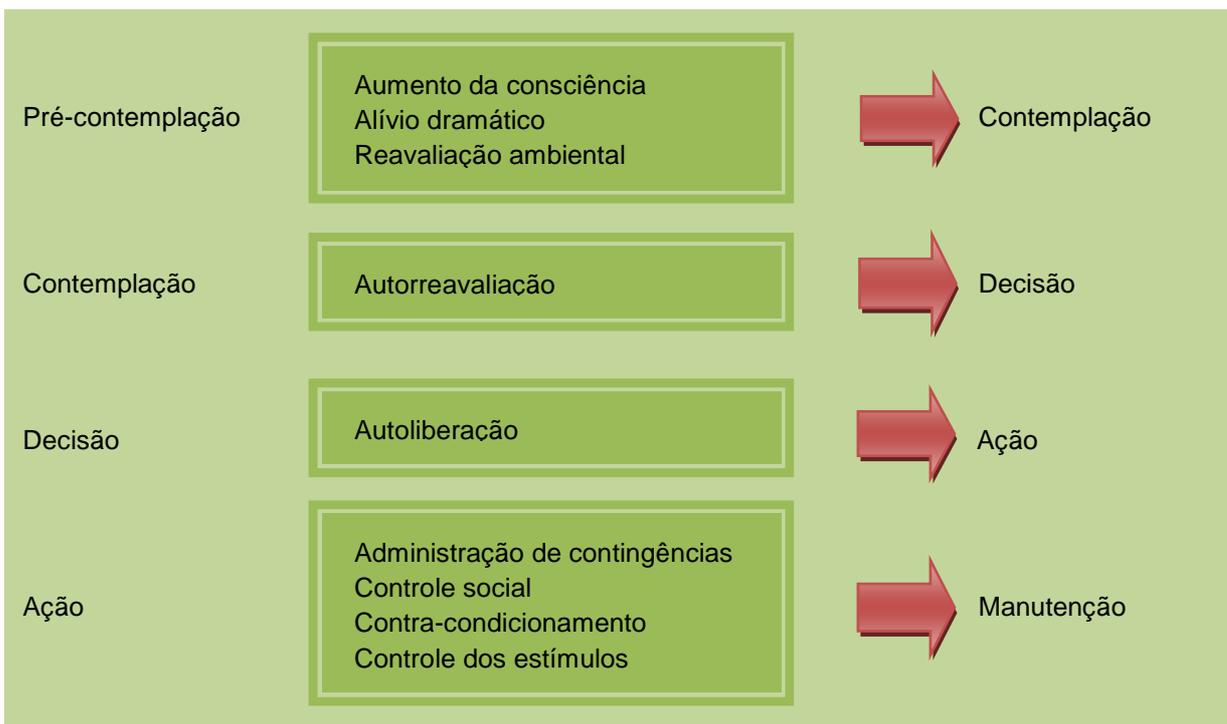


FIGURA 1 - Estágios de mudança e processos enfatizados
Fonte: PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992.

Indivíduos pré-contempladores processam menos informações sobre seus problemas, dedicando menos tempo e energia à autoavaliação e menos reações emocionais negativas para aspectos de seus problemas. Além disso, estão menos abertos para outros processos e fazem pouco para superar os problemas. Esses indivíduos seriam os mais resistentes ou menos ativos; para eles, é necessário realizar atividades que trabalhem o aumento da consciência, o alívio dramático e a reavaliação ambiental.

Indivíduos no estágio de contemplação são mais abertos a técnicas de aumento de consciência, tais como observações, confrontações e interpretações, e são muito mais abertos ao uso de biblioterapia e outras técnicas educativas (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983). Contempladores são também abertos a

experiências de alívio dramático que suscitam emoções e conduzem a uma diminuição de sentimentos negativos no processo de mudança. Dessa forma, os indivíduos tornam-se mais conscientes de si e da natureza de seus problemas, estando mais propensos a reavaliar seus valores e problemas, tanto afetiva como cognitivamente. Seus problemas centram-se em questões de autoidentidade, além da questão do ambiente social (FIG. 1) (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Algumas dessas alterações continuam durante a fase de decisão. Além disso, os indivíduos em fase de decisão começam a avançar em direção à ação. Utilizam o processo de contra-condicionamento e controle de estímulos para iniciar a mudança (HORWATH, 1999).

Durante o estágio de ação, as pessoas presenciam níveis mais elevados de autoliberação ou de vontade. Cada vez mais acreditam que possuem autonomia para alterar sua vida. O sucesso no estágio de ação implica também em uma utilização eficaz dos processos comportamentais, tais como contra-condicionamento e controle de estímulo, visando modificar os estímulos que frequentemente favorecem a recaída.

O sucesso do estágio de manutenção baseia-se em cada um dos processos anteriormente descritos. Nessa fase, dá-se continuidade à aplicação do contra-condicionamento e do controle dos estímulos (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Sabe-se que os estágios de mudança de comportamento não são estáticos e nem lineares, descrevendo uma trajetória irregular. Observa-se que frequentemente indivíduos classificados em ação apresentam recaídas, retornando aos estágios anteriores (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

A mudança de um hábito depende, simultaneamente, da capacidade para lidar com as expectativas de gratificação associadas ao consumo, da tolerância à frustração, da aprendizagem de novas competências, do reajustamento dos estilos de vida, da capacidade para lidar com a fadiga e, em alguns casos, da reabilitação e reintegração psicossocial (PROCHASKA; JOHNSON; LEE, 1998).

A utilização do modelo transteórico, portanto, como estratégia facilitadora de intervenções nutricionais pode ser mais efetiva por contemplar uma visão integradora do indivíduo, considerando além do seu estado nutricional, consumo e

hábito alimentar, o estágio de mudança comportamental que se encontra e a sua percepção acerca das intervenções.

2.4 Intervenções nutricionais pautadas no Modelo Transteórico

As intervenções nutricionais, quando pautadas nos diferentes estágios de mudança comportamental, facilitam a mudança de comportamento, uma vez que, em cada estágio, o indivíduo apresenta diferentes atitudes e percepções perante a alimentação (TORAL; SLATER, 2007). Dessa forma, é possível fortalecer atitudes mais saudáveis, alterar comportamentos alimentares e ainda manter esses novos hábitos a partir de uma abordagem participativa, elucidativa e motivacional (NI MHURCHU; MARGETTS; SPELLER, 1997).

Percebem-se, por meio da utilização do modelo transteórico, as diferentes influências em cada fase de transição, possibilitando, assim, melhores respostas às intervenções. Nota-se também a importância da sequência das intervenções de acordo com as fases de mudança de comportamento (HORWATH, 1999).

Assim, em cada estágio, é possível e necessária uma diferente abordagem da educação alimentar e nutricional. Nos três primeiros estágios agrupados como pré-ação, deve-se trabalhar a conscientização da necessidade das mudanças. Já nos dois últimos agrupados em ação, o objetivo é que o indivíduo adquira autoconfiança e autocontrole de forma a manter o comportamento desejado e a saber enfrentar os diferentes desafios (ZACCARELLI, 2005). Entretanto, apesar de facilitar a abordagem, a divisão em dois grandes grupos pode limitar algumas peculiaridades de cada estágio, sendo então necessária abordagens amplas que contemplem e motivem todas as fases.

Outro ponto a ser observado são os processos de mudança que podem ser comportamentais e cognitivos. Os processos cognitivos são prioritariamente utilizados nas fases iniciais (pré-ação), enquanto que os comportamentais nos estágios tardios de mudança (ação) (GREENE *et al.*, 1999).

Ao descrever as influências do comportamento alimentar nos diferentes estágios de mudança, De Graaf *et al.* (1997), em pesquisa com consumidores da União Européia, observaram que os indivíduos, no estágio de pré-contemplação, consideravam o sabor dos alimentos como o principal determinante para o seu

consumo. Enquanto, aqueles em estágios de manutenção consideravam o impacto de seu consumo sobre a saúde.

Nesse sentido, Toral e Slater (2007) sugerem que, para indivíduos em pré-contemplação, a EAN deve pautar-se em abordagens que mostrem a importância de uma dieta saudável. E para aqueles no estágio de manutenção, a abordagem pode ser veiculada por informações mais detalhadas e práticas cotidianas, tais como receitas e aprofundamento dos conhecimentos sobre nutrição (QUADRO 3).

QUADRO 3

Pontos a serem considerados em uma intervenção nutricional baseada nos estágios de mudança de comportamento

Foco	Estágio de mudança	
	Pré-ação	Ação
Processo de mudança predominante	Cognitivos	Comportamentais
Abordagem do processo de mudança	Aumento de consciência	Prática e técnica, autoconfiança e autocontrole
Abordagens nutricionais	- Importância de uma dieta saudável - Sabor dos alimentos	- Detalhes e práticas cotidianas (receitas) - Aprofundar conceitos de nutrição

Fonte: TORAL; SLATER, 2007.

Ao considerar essas peculiaridades do comportamento alimentar, acredita-se que a aplicação de intervenções mais específicas, como aquelas pautadas no modelo transteórico para o consumo de óleos e gorduras, permitirão o desenvolvimento de intervenções mais efetivas, ao voltar-se para um construto específico e contemplar as questões relativas ao comportamento. Ademais, tais iniciativas são fundamentais, ao considerar o elevado consumo de óleos e gorduras apresentado pela população brasileira.

Neste sentido, diferentes algoritmos para avaliar o consumo de óleos e gorduras têm sido utilizados (GLANZ *et al.*, 1994; GREENE *et al.*, 1999; GREENE; ROSSI, 1998; HARGREAVES *et al.*, 1999; NIGG *et al.*, 1999; ROSSI *et al.*, 1993; ROSSI; JONNALAGDDA; KRIS-ETHERON, 1999). O algoritmo que será aqui enfatizado é aquele proposto por Greene e Rossi (1998), tal escolha baseou-se em sua aplicabilidade na população, além de ser um instrumento acurado para uso em pesquisas que necessitam avaliar atitudes e comportamentos em relação ao consumo de gorduras na dieta.

O algoritmo proposto por Greene e Rossi (1998) estima a intenção de mudança do consumo de óleos/gorduras e o tempo para iniciar tais mudanças mediante a autoavaliação. Adicionalmente, para aqueles indivíduos em ação, o instrumento avalia a validade dessa intenção por meio da média do consumo de lipídeos obtida a partir de três aplicações do Recordatório Alimentar de 24 horas (R24). Sendo então necessária a reclassificação, a intenção pode não condizer com as atitudes dos indivíduos, o que dificultaria uma intervenção assertiva. Reclassificam-se, então, os indivíduos cuja intenção não foi confirmada, na aplicação das questões sobre consumo de alimentos gordurosos, obtida pela autoavaliação da intenção de mudança do comportamento alimentar (GREENE *et al.*, 1999; ROSSI *et al.*, 2001).

Em estudo realizado por Greene e Rossi (1998) com 296 indivíduos adultos, o consumo inicial de gorduras foi de $37,4 \pm 4,6\%$ das calorias totais (CT) e, após intervenção, baseada nos estágios de mudança, observou-se que a média de consumo de gordura reduziu no 6º mês ($35,4 \pm 5,6\%$), no 12º mês ($34,4 \pm 6,1\%$) e no 18º mês ($33,4 \pm 5,6\%$), com diferenças significativas nos períodos ($p < 0,01$). Após 18 meses de intervenção, os indivíduos em pré-contemplação reduziram em $2,7 \pm 4,5\%$ das CT, em contemplação $5,0 \pm 6,1\%$ e em decisão $4,5 \pm 6,1\%$ das CT.

Armitage e Conner (2001), em pesquisa com 801 trabalhadores de hospitais, com intervenção personalizada utilizando o modelo transteórico verificaram redução significativa no consumo de gordura total e saturada, em comparação ao grupo-controle. A gordura total no grupo-intervenção diminuiu em $8,6\%$ vs. $0,2\%$ no grupo-controle, enquanto a gordura saturada diminuiu em $9,3\%$ vs. $1,7\%$ no grupo-controle.

Hoy *et al.* (2009), em estudo com mulheres do *Women's Intervention Nutrition Study* visando a redução do consumo de gorduras e prevenção do câncer de mama, observaram que a ingestão dietética de gordura no grupo-intervenção foi consistentemente menor quando comparado ao grupo-controle em todos os momentos analisados. O percentual de calorias proveniente de gordura após 60 meses foi de $23,2\% \pm 8,4\%$ no grupo-intervenção e $31,2\% \pm 8,9\%$ no grupo-controle ($p < 0,01$).

Essa redução do consumo de óleos e gorduras apresentada pelos participantes dos diferentes estudos levou, em geral, a uma conseqüente diminuição do consumo de calorias (FRENN; MALIN; BANSAL, 2003; GREENE; ROSSI, 1998;

KRISTAL *et al.*, 2000), principalmente nos estágios de ação e manutenção, sendo, prática comum o aumento do consumo de frutas e verduras (FRENN; MALIN; BANSAL, 2003). Essas mudanças também podem se refletir no perfil de saúde como na melhoria dos valores séricos de lipídeos, peso e pressão arterial dos indivíduos (LOGUE *et al.*, 2005).

Acredita-se, assim, que o modelo transteórico por identificar os estágios de mudança (FRENN; MALIN; BANSAL, 2003; GREENE; ROSSI, 1998; KRISTAL *et al.*, 2000; LOGUE *et al.*, 2005) e conseqüentemente propor atividades mais adequadas a serem aplicadas de acordo com o tipo de estágio identificado, produza melhores resultados em intervenções (LOGUE *et al.*, 2005) do que o uso isolado da EAN. No entanto, há de se ponderar que o modelo transteórico também apresenta limitações que devem ser discutidas.

O modelo transteórico, quando aplicado ao comportamento alimentar, pode ser erroneamente interpretado, uma vez que foi construído para programas de abandono do tabagismo, comportamento bastante diferenciado da prática alimentar, que não pode ser eliminada, mas apenas modificada (TORAL; SLATER, 2007).

Ressalta-se também que o Modelo Transteórico abarca outros aspectos que influenciam o comportamento alimentar, como aspectos cognitivos, o equilíbrio de decisões e a autoeficácia do indivíduo. Entretanto, a maioria das intervenções não considera essas outras dimensões, o que evidencia a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com aspectos subjetivos (TORAL; SLATER, 2007).

Adams e White (2003), em estudo de revisão do modelo transteórico aplicado à mudança de comportamento alimentar e à atividade física, relataram que a intervenção parece ser mais efetiva em pessoas na fase de contemplação. Sugerem que pessoas menos envolvidas no processo de mudanças de comportamento estavam respondendo melhor à intervenção; contudo ressaltaram que o programa de intervenção para ser efetivo deve contemplar satisfatoriamente todos os estágios de mudança de comportamento.

Outra limitação é a existência de vários algoritmos para avaliar os estágios de mudança do comportamento alimentar, reflexo da própria dificuldade em avaliá-lo. Adicionalmente, dependendo do algoritmo, a classificação do estágio de mudança estará sujeita à adequada percepção do indivíduo sobre sua dieta (GREENE *et al.*, 1994; KRISTAL *et al.*, 1999; TORAL, 2006; VERHEIJDEN *et al.*, 2004). Ressalta-se,

no entanto, que o objetivo do algoritmo não é evidenciar a adequação da dieta do indivíduo, mas sim detectar sua percepção (KRISTAL *et al.*, 1999). Por outro lado, a percepção errônea do indivíduo sobre seu consumo alimentar pode levar à classificação incorreta do estágio de mudança, prejudicando a efetividade das intervenções a serem realizadas. Para minimizar essas limitações propõe-se a utilização conjunta da reclassificação dos estágios, utilizando-se o consumo alimentar real e a percepção (GREENE; ROSSI, 1998; LECHNER; BRUG; DE VRIES, 1997; LECHNER *et al.*, 1998; MA *et al.*, 2003; STEPTOE *et al.*, 1996; TORAL; SLATER, 2009).

Diante da complexidade que envolve as mudanças comportamentais e a adoção de uma alimentação mais saudável, torna-se necessária maior ênfase no desenvolvimento de intervenções nutricionais. Para subsidiar sua construção, essas intervenções devem contemplar, preferencialmente, um construto específico, contextualizado pelo comportamento alimentar, hábitos e consumo alimentar, além do estado nutricional. Dessa forma, espera-se que se proponham intervenções nutricionais mais efetivas e duradouras.

 bjetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Desenvolver oficinas de educação alimentar e nutricional, pautadas nos estágios de mudança de comportamento para consumo de óleos e gorduras, para usuários de Serviço de Promoção da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Planejar oficinas de educação alimentar e nutricional para usuários classificados em dois grupos, pré-ação e ação, de acordo com os diferentes estágios e processos de mudança para o consumo de óleos e gorduras;
- b) Aplicar as oficinas de educação alimentar e nutricional, pautadas nos estágios e processos de mudança de comportamento, para consumo de óleos e gorduras;
- c) Analisar a participação dos usuários nas oficinas.

P asuística e método

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

☉ presente estudo insere-se em um estudo maior denominado “Desenvolvimento e avaliação de intervenções nutricionais realizadas nas Academias da Cidade pertencentes ao Projeto BH Saúde – Belo Horizonte – MG”, realizado no Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte, pela Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

4.1 Projeto BH+Saudável – Projeto de Promoção de Modos de Vida Saudáveis

O projeto de Promoção de Modos de Vida Saudáveis, intitulado BH+Saudável, é uma proposta da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte - Minas Gerais (PBH-MG), pautada nas diretrizes da Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (WHO, 2003b). O BH+Saudável objetiva contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, construindo, no dia a dia da cidade, a possibilidade de modos de vida mais saudáveis, por meio de ações de promoção à saúde individuais e coletivas. Constitui-se em iniciativa intersetorial, em especial, da Secretaria Municipal Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional, da Secretaria Municipal Adjunta de Esportes e do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais (DIAS *et al.*, 2006).

Uma das principais estratégias do Projeto BH+Saudável são as Academias da Cidade, serviços de promoção à saúde, que objetivam promover a prática regular de exercícios físicos e a alimentação saudável para indivíduos com 18 anos ou mais, residentes em áreas de alta vulnerabilidade social do município (DIAS *et al.*, 2006). Atualmente funcionam 30 Academias da Cidade em Belo Horizonte, com média de 600 usuários para cada unidade (PBH, 2009).

4.2 Local do estudo

A Academia da Cidade do Distrito Sanitário Leste, local do presente estudo, situa-se entre o município de Sabará e os Distritos Sanitário Centro-Sul e Nordeste

de Belo Horizonte (FIG. 2), região de elevada vulnerabilidade social (0,77), segundo o índice de vulnerabilidade social¹ (IVS) (PBH, 2009).

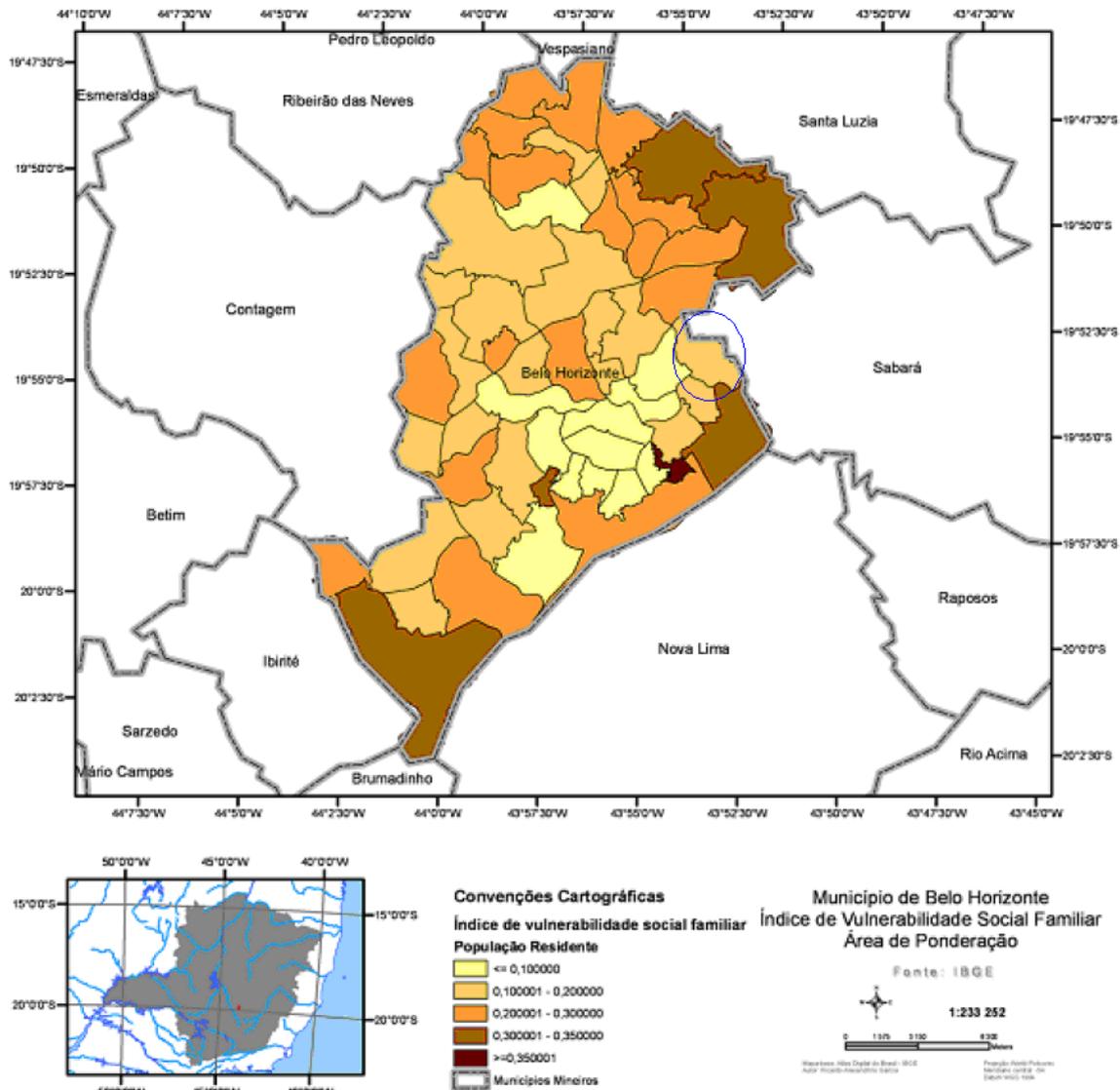


FIGURA 2 - Índices de Vulnerabilidade Social familiar da população residente em Belo Horizonte, 2000
Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000.

¹ O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) classifica as condições de vida da população, de acordo com a renda, a moradia, o acesso ao trabalho, os serviços de infraestrutura, os serviços de saúde, a previdência social, a educação, a assistência jurídica e a garantia de segurança alimentar. O IVS varia de zero a um, sendo que um é a extrema vulnerabilidade (NAHAS; OLIVEIRA; CARVALHO NETO, 2002).

A Academia da Cidade do Distrito Sanitário Leste funciona de segunda a sábado, pela manhã, com capacidade instalada para 400 usuários. Oferece prática de atividade física orientada com duração de uma hora, nos seguintes horários: 7:00, 8:00, 9:00 e 11:00 h, sendo que a turma de 11:00 h destina-se às pessoas com maiores dificuldades físicas. Adicionalmente, oferece as atividades de orientação nutricional coletiva e individual.

O usuário, ao ingressar no serviço, é submetido a uma avaliação física e de saúde com um profissional de Educação Física para a elaboração de um plano de exercícios físicos específicos para sua condição. Na Academia, são realizados exercícios aeróbios e anaeróbios, incentivando o uso adequado da força, da flexibilidade e do equilíbrio. Logo após a avaliação física, tem-se a aplicação de uma anamnese nutricional para a avaliação do consumo e dos hábitos alimentares, bem como de outros aspectos relacionados à nutrição. O acompanhamento da evolução das condições de saúde e nutrição do usuário é realizado semestralmente mediante reavaliação física e nutricional (LOPES; FERREIRA; SANTOS, 2010).

Toda a coleta de dados é realizada por acadêmicos dos Cursos de Nutrição e nutricionistas treinados, bem como de estagiários de Educação Física sob supervisão profissional.

Os indivíduos participam de acompanhamento nutricional individual e coletivo, conforme sua necessidade. O atendimento individual é realizado somente para usuários que não apresentam desejo em participar da estratégia de grupo, sendo utilizados como critérios de inclusão: sobrepeso em adultos ($25,0 \geq \text{IMC} < 30,0 \text{ Kg/m}^2$) e doenças crônicas estabilizadas. Os casos mais graves são encaminhados para acompanhamento por nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Para o acompanhamento nutricional são utilizadas a anamnese e o diagnóstico nutricional para embasar as orientações. Essas orientações são fornecidas verbalmente ou por escrito, enfatizando modos saudáveis de vida e, sendo prescritos de planos alimentares somente em casos específicos, como urgências de mudanças de hábitos e limitação intelectual necessitando de acompanhamento de responsável. Também são realizadas atividades de educação nutricional e reeducação alimentar, destacando a importância da alimentação e do peso saudável para a saúde.

O atendimento coletivo ocorre mensalmente e se baseia em grupos abertos de educação alimentar e nutricional, pautados em temas demandados pelos usuários. Todos os usuários da Academia são convidados a participar das oficinas, que atendem no máximo 20 usuários, com duração de 60 minutos. Os grupos incentivam os participantes a construir conceitos aplicáveis à realidade, proporcionando condições para escolhas saudáveis de alimentos (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003).

As abordagens em grupos são pautadas em materiais do Ministério da Saúde, tais como: “Guia Alimentar para a População Brasileira” (BRASIL, 2006b); “Dez Passos para a Alimentação Saudável” (BRASIL, 2007b) e os “Cadernos de Atenção Básica”, entre outros.

4.3 Delineamento do estudo e amostragem

O presente trabalho constitui a segunda fase do projeto maior denominado: “Desenvolvimento e avaliação de intervenções nutricionais realizadas nas Academias da Cidade pertencentes ao Projeto BH Saúde – Belo Horizonte – MG”.

O referido estudo objetivou desenvolver intervenções nutricionais de acordo com os diferentes estágios do comportamento alimentar para consumo de óleos e gorduras de usuários das Academias da Cidade. Foi planejado para ocorrer em três fases, sendo a primeira, a aplicação e a validação do algoritmo para consumo de óleos e gorduras proposto por Greene e Rossi (1998), finalizada no primeiro semestre de 2009. A segunda fase, etapa do presente estudo, constituiu-se de planejamento e implementação de intervenções nutricionais, por meio de oficinas, de acordo com os estágios de mudança do comportamento alimentar para consumo de óleos e gorduras identificados. A terceira fase constou da reaplicação do algoritmo, objetivando avaliar a mudança dos estágios de comportamento alimentar mediante as intervenções realizadas (FIG. 3).

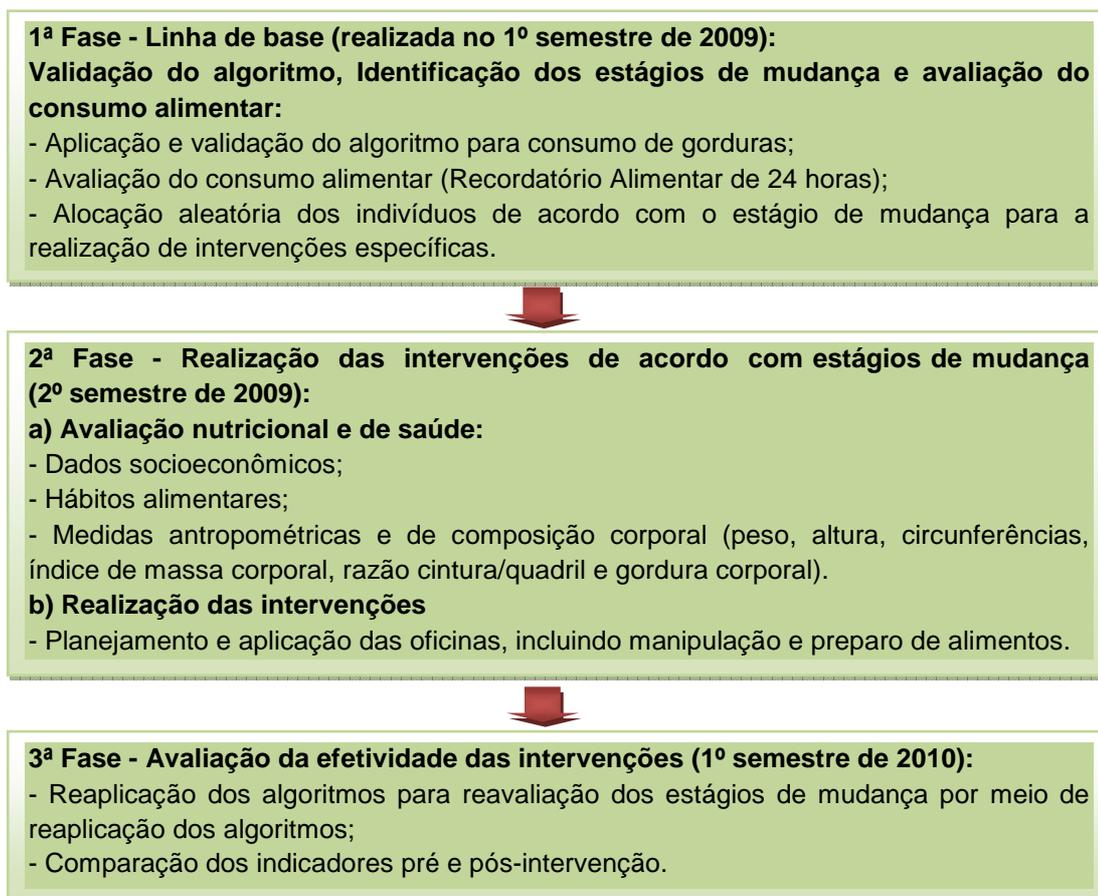


FIGURA 3 - Fluxograma do Estudo: "Desenvolvimento e avaliação de intervenções nutricionais realizadas nas Academias da Cidade pertencentes ao projeto BH Saúde – Belo Horizonte-MG"

Para o cálculo amostral foram elegíveis 336 indivíduos (≥ 20 anos) de acordo com os seguintes critérios: possuir avaliação física e nutricional inicial na Academia da Cidade, não ter participado de nenhuma intervenção nutricional abordando consumo de óleos e gorduras e aceitar participar do estudo.

Para a execução da intervenção, os indivíduos foram alocados aleatoriamente em dois grupos: controle e intervenção. O estudo prévio realizado para a validação do algoritmo entrevistou 145 indivíduos, distribuídos aleatoriamente em 61 para o grupo controle e 84 para o grupo intervenção, em uma proporção de 42% para o grupo controle e 58% para aqueles em intervenção. Desses 145 indivíduos, 27 não iniciaram as intervenções devido a perdas decorrentes de doenças, problemas na família e recusas, constando a amostra final da intervenção de 118 indivíduos, distribuídos em 49 no grupo controle e 69 no grupo intervenção, sendo aqui estudados os indivíduos pertencentes apenas ao grupo intervenção. A partir desses 69 indivíduos, integrantes do grupo intervenção, foram planejadas as oficinas (FIG.

4). Maior detalhamento do planejamento amostral pode ser obtido em Moreira (2010).



FIGURA 4 - Esquema amostral

Os indivíduos participaram das intervenções tradicionais da Academia da Cidade que incluíram exercício físico orientado, atendimento nutricional coletivo mediante grupos abertos de educação alimentar e nutricional, e individual para casos específicos, conforme descrito. Adicionalmente, os usuários também participaram de intervenções específicas, propostas de acordo com os estágios de mudança de comportamento alimentar para consumo de óleos e gorduras identificados, sendo essas atividades distintas para aqueles indivíduos pertencentes aos grupos em pré-ação (GPA) e ação (GA).

4.4 Coleta de dados

O questionário utilizado na linha de base do estudo (APÊNDICE A) contemplou dados sociodemográficos (sexo, idade, renda e escolaridade), consumo e hábitos alimentares, história de saúde, dentre outras variáveis. Adicionalmente, realizou-se a avaliação antropométrica e de composição corporal dos participantes. As informações utilizadas neste trabalho constaram de dados sociodemográficos, consumo de alimentos ricos em óleos e gorduras, e avaliação do estado nutricional dos participantes.

As informações foram coletadas por bolsistas de iniciação científica do curso de Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e alunos de mestrado da UFMG, previamente treinados quanto ao uso dos instrumentos e na condução de entrevistas, supervisionados pela nutricionista e pela pesquisadora responsável.

4.5 Avaliação do consumo e hábito alimentar

Para obter as informações sobre os hábitos alimentares os usuários foram questionados quanto ao consumo mensal de óleo, consumo diário de banha de porco, consumo de frituras, de alimentos ricos em óleos e gorduras (frituras, salgados fritos, hambúrgueres, etc), de carne com gordura aparente, pele do frango e tipo de leite consumido (APÊNDICE A).

O consumo de óleo foi avaliado de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde de 240 ml por pessoa/mês e a máxima aceitável de 500ml (BRASIL, 2006b).

4.6 Classificação e reclassificação dos usuários em estágios de mudança

Para a classificação dos usuários de acordo com os estágios de mudança de comportamento utilizou-se o algoritmo para consumo de óleos e gorduras (GREENE; ROSSI, 1998) validado para o Brasil por Moreira (2010) (ANEXO A).

O algoritmo constou de três passos. No primeiro, realizou-se a classificação do estágio de mudança para consumo de óleos e gorduras em que o indivíduo se encontrava, por meio da avaliação de sua percepção da ingestão de lipídeos. Nessa

etapa, os indivíduos foram classificados em pré-contemplação, contemplação, decisão, ação ou manutenção.

No segundo passo, fez-se a avaliação quantitativa dos indivíduos classificados em ação e manutenção, com a finalidade de comparar o consumo de lipídeos totais com os indivíduos em estágios de mudança e verificar a necessidade de reclassificação. Os indivíduos que se adequaram ao critério de consumo de gorduras, ou seja, menos que 30% de lipídeos em relação ao valor energético total da dieta, foram classificados em ação ou manutenção, conforme o Passo 1; os demais seguiram para o terceiro passo.

Os usuários classificados em ação e em manutenção e que obtiveram a média de consumo de lipídeos totais superior ou igual a 30% das calorias totais, segundo o Passo 2, foram reclassificados quanto ao comportamento alimentar por meio de quatro perguntas sobre ingestão de alimentos ricos em gordura e uma sobre ingestão de frutas e verduras. Caso esses usuários tivessem respondido três ou menos questões como “sim”, eram reclassificados nos três primeiros estágios de acordo com a intenção de mudança e se tivessem respondido positivamente para quatro ou mais questões mantinham a classificação em ação e manutenção, segundo o Passo 1 (ANEXO A) (GREENE; ROSSI, 1998).

Para a reclassificação dos estágios de mudança foi utilizado o Recordatório Alimentar de 24 horas (R24) associado a 15 unidades de medidas caseiras. O R24 é um instrumento de avaliação do consumo alimentar em que o indivíduo recorda, define e quantifica a ingestão de alimentos e bebidas do dia anterior em blocos de refeições, incluindo métodos de cocção, marcas e uso de suplementos, nas últimas 24 horas (ANEXO A) (FISBERG; MARTINI; SLATER, 2005).

4.7 Avaliação antropométrica

Foram mensuradas as medidas de peso, altura, circunferências da cintura e do quadril. As medidas de peso e altura foram obtidas seguindo as recomendações da WHO (1995). A medida de peso foi obtida por tomada única em balança digital com capacidade para 180 quilogramas e precisão de 100 gramas. A estatura foi verificada por única tomada em estadiômetro portátil, com fita métrica milimetrada de 220 cm de extensão, com leitura de aproximação de 0,5 cm. Essas medidas foram

usadas para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), definido como peso (quilos) pela estatura (metros) ao quadrado. Para a classificação do IMC de adultos foi adotado o critério preconizado pela OMS (WHO, 1995) (QUADRO 4) e, de idosos, a recomendação proposta pelo *Nutrition Screening Initiative* (NSI, 1992) (QUADRO 5).

QUADRO 4

Classificação do estado nutricional segundo o Índice de Massa Corporal para adultos

Valores	Classificação
< 16,00 kg/m ²	Magreza grau III
16,00 – 16,99 kg/m ²	Magreza grau II
17,00 – 18,49 kg/m ²	Magreza grau I
18,50 – 24,99 kg/m ²	Eutrofia
25,00 – 29,99 kg/m ²	Pré-obesidade
30,00 – 34,99 kg/m ²	Obesidade grau I
35,00 – 39,99 kg/m ²	Obesidade grau II
≥ 40,00 kg/m ²	Obesidade grau III

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995.

QUADRO 5

Classificação do estado nutricional, segundo o Índice de Massa Corporal para idosos

Valores	Classificação
< 22,0 kg/m ²	Baixo peso
22,0 a 27,0 kg/m ²	Eutrofia
> 27,0 kg/m ²	Sobrepeso

Fonte: NUTRITION SCREENING INITIATIVE, 1992.

Devido às diferenças de classificação do estado nutricional entre adultos e idosos, segundo as referências utilizadas, os graus de desnutrição III a I entre adultos foram agrupados em baixo peso, e o sobrepeso e os graus de obesidade de I a III, em excesso de peso.

Para a mensuração da circunferência da cintura (CC) utilizou-se fita milimetrada inelástica, marca TBW[®], com 150 cm de extensão, circundando o ponto médio entre a crista ilíaca e a última costela, sem comprimir os tecidos; quando esse procedimento não foi possível, utilizou-se a menor circunferência do abdome. Para medir a circunferência do quadril, a fita métrica foi colocada horizontalmente

circundando o quadril na parte de maior protuberância dos glúteos. A partir das circunferências da cintura e do quadril foi calculada a razão Cintura/Quadril (RCQ).

Para a avaliação de CC (QUADRO 6) e RCQ, foram adotados os critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (QUADRO 7) (WHO, 2000).

QUADRO 6

Classificação da circunferência da cintura de acordo com o sexo para adultos e idosos caucasianos

Complicações associadas à obesidade	Homem	Mulher
Sem risco	< 94,0 cm	< 80,0 cm
Risco elevado	≥ 94,0 a < 102,0 cm	≥ 80,0 a < 88,0 cm
Risco muito elevado	≥ 102,0 cm	≥ 88,0 cm

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000.

QUADRO 7

Classificação da razão cintura/quadril de acordo com o sexo para adultos e idosos caucasianos

Risco de desenvolvimento de doenças	Homem	Mulher
Sem risco	≤ 0,95	≤ 0,80
Com risco	> 0,95	> 0,80

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000.

Foi realizada a avaliação da composição corporal por meio de exame de bioimpedância elétrica. Utilizou-se monitor da marca Biodynamics[®], modelo 450, com o paciente deitado após repouso de cinco minutos. Os pacientes foram anteriormente orientados verbalmente e por escrito sobre os procedimentos a serem seguidos para a realização do teste. Os pacientes deveriam permanecer em jejum por quatro horas, não realizar exercícios físicos 24 horas antes do procedimento, não consumir bebidas alcoólicas 48 horas antes do exame, urinar com antecedência de 30 minutos, evitar fumar e tomar café e não realizar o exame de bioimpedância em período pré-menstrual (KYLE *et al.*, 2004).

O percentual de gordura obtido foi avaliado segundo Lohman (1992) (QUADRO 8).

QUADRO 8
Classificação do estado nutricional, segundo percentual de gordura corporal

Classificação	Homens (%)	Mulheres (%)
Risco de desenvolver doenças associadas à desnutrição	< 5	< 8
Abaixo da Média	5 – 14	9 – 22
Média	15	23
Acima da média	16 – 24	24 – 31
Risco de desenvolver doenças associadas à obesidade	> 25	> 32

Fonte: LOHMAN, 1992.

4.8 Intervenções nutricionais

O planejamento das intervenções nutricionais foi realizado por uma equipe multiprofissional, incluindo psicólogo e nutricionistas. Para isso, buscou-se uma perspectiva participativa, reconhecendo as interações complexas entre escolhas pessoais, normas sociais e fatores econômicos e ambientais, sob a perspectiva dos ciclos da vida e estreita parceria de trabalho com o indivíduo e o grupo. O objetivo foi o de (re)construir práticas nutricionais mais adequadas, criando possibilidades concretas de mudanças, na busca da autonomia do indivíduo diante da escolha de uma alimentação saudável.

As intervenções nutricionais foram pautadas em temas relacionados à mudança do comportamento alimentar, com ênfase na redução do consumo de gorduras. Os indivíduos foram divididos em dois grupos de intervenção referentes ao estágio de pré-ação e de ação.

As atividades desenvolvidas incluíram parte teórica e parte prática. A parte teórica foi subsidiada por materiais educativos, com oficinas, utilizando técnicas e materiais lúdicos. A parte prática incluiu oficinas culinárias. Para estas oficinas, os alimentos foram adquiridos por doação da Secretaria de Segurança Alimentar e Nutricional de Belo Horizonte e por recursos oriundos da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) destinados à realização do estudo.

A técnica empregada para o desenvolvimento do trabalho de grupo foi a de oficinas. Na oficina, o número de encontros pode ser variável e o grupo se propõe a desenvolver uma determinada tarefa. A literatura sugere algumas etapas para o desenvolvimento de uma oficina: o aquecimento, a reflexão individual, a reflexão grupal e a conclusão (AFONSO, 2002; FONSECA, 2002).

As intervenções constaram de 20 encontros, sendo 10 para o grupo de indivíduos em pré-ação e 10 para o grupo de indivíduos em ação. As oficinas foram repetidas em duas turmas, compreendida a turma 1 de usuários de segunda, quarta e sexta; e a turma 2 de usuários de terça, quinta e sábado, durante seis meses, a cada 15 dias, distribuídas de acordo com os estágios de mudanças de comportamento alimentar para consumo de óleos e gorduras. A primeira oficina foi realizada visando a coleta de dados, sendo as outras 10 direcionadas especificamente aos estágios.

Para o compromisso e participação dos sujeitos foi assinado um Contrato de Assiduidade e Participação (APÊNDICE B).

Todas as oficinas desenvolvidas foram avaliadas por meio da utilização de um questionário de avaliação do observador, destinado a registrar a percepção subjetiva dos facilitadores (APÊNDICE C). Esse instrumento constou das seguintes variáveis: clima da reunião, confusões e dilemas, abordagens contraditórias, dúvidas apresentadas, dispersão do grupo, intensidade da participação, satisfação dos usuários, número de participantes na oficina, receptividade e alcance do objetivo. Esta avaliação foi realizada por nutricionista e/ou psicóloga treinados para a padronização do preenchimento do mesmo.

4.9 Variáveis do estudo e análise quantitativa dos dados

Foram utilizadas, para a análise estatística, as variáveis socioeconômicas (idade, sexo, renda *per capita*, estado civil e escolaridade), consumo de óleo e de alimentos ricos em lipídeos, medidas antropométricas (peso, altura, índice de massa corporal - IMC, circunferência do quadril - CQ, circunferência da cintura - CC, razão cintura/quadril - RCQ) e de composição corporal (percentual de gordura corporal por bioimpedância). Todas as variáveis utilizadas no estudo foram analisadas para ambos os grupos, pré-ação e ação, e estão descritas a seguir no QUADRO 9.

QUADRO 9
Variáveis consideradas no estudo

Tipos de variáveis	Nome das variáveis
Categóricas	Ocupação profissional; sexo; classificação do IMC, RCQ, CC, percentual de gordura corporal, consumo mensal de óleo, consumo diário de banha de porco, de frituras, consumo de alimentos ricos em óleos e gorduras (frituras, salgados fritos, hambúrgueres, etc), de carne com gordura aparente e pele do frango; tipo de leite consumido.
Contínuas	Renda <i>per capita</i> ; anos de estudos; idade; <i>per capita</i> diário de óleo; IMC; CC; RCQ; percentual de gordura corporal.

Nota: CC - Circunferência da Cintura; IMC - Índice de Massa Corporal; RCQ - Razão Cintura/Quadril.

Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows* (versão 19.0: SPSS, Inc. Chicago, Ill), sendo realizada análise descritiva, incluindo distribuições de frequências, medidas de tendência central e de dispersão. As variáveis foram apresentadas por média e desvio-padrão; mediana e Intervalo Interquartil, de acordo com o padrão de distribuição apresentado verificado pelo teste de Shapiro-wilk.

Para a avaliação das diferenças entre os grupos de indivíduos em pré-ação e em ação foram utilizados os testes estatísticos *t student* e *Mann Whitney* para comparação de médias e medianas, respectivamente; e, para a comparação entre as variáveis categóricas, o teste Qui-quadrado. Todas as análises utilizaram um nível de significância de 5% (TRIOLA, 2008).

4.10 Aspectos éticos

Antes da coleta de dados, os sujeitos da pesquisa foram informados sobre os objetivos e métodos da pesquisa por meio de uma Carta de Informação, assinando em seguida o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B). Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética da UFMG (COEP nº ETIC 103/07) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP – SMSA/PBH – Protocolo 087/2007) (ANEXO C e D).



*R*esultados

5 RESULTADOS

5.1 Características sociodemográficas, estado nutricional e consumo de óleos e gorduras entre os participantes da intervenção na linha de base do estudo

Na TAB. 1, estão descritas as variáveis sociodemográficas dos 59 usuários, participantes efetivos das intervenções. Observou-se que a maioria dos participantes eram mulheres (91,5%), com mediana da renda de R\$ 333,30. A mediana de escolaridade foi de cinco anos de estudo, sendo a ocupação de maior destaque “do lar” (47,5%), seguida por aposentados (26,8%).

TABELA 1

Perfil sociodemográfico e econômico, segundo dados da linha de base, dos usuários da Academia da Cidade do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte - MG, 2010 (n=59)

Variável	Valores
Idade (anos)¹	55,4±10,3
Sexo (%)	
Feminino	91,5
Masculino	8,5
Renda familiar <i>per capita</i> (R\$)²	333,3 (241,3; 533,3)
Moradores por residência²	3,0 (3,0; 5,0)
Ocupação (%)	
Do lar	47,5
Aposentado	20,4
Costureira	5,1
Outros	27,0
Anos de estudo²	5,0 (4,0; 10,0)

Nota: ¹ Média e Desvio-padrão; ² Mediana e Intervalo Interquartil.

Em relação ao estado nutricional, observou-se elevada prevalência de excesso de peso tanto em adultos (78,9%) quanto em idosos (66,7%). Adicionalmente, verificou-se que 70,7% dos participantes apresentaram risco elevado e muito elevado de complicações metabólicas, 65,5% apresentaram risco de doenças cardiovasculares e 96,6% apresentaram risco de desenvolver doenças associadas à obesidade, de acordo com os diferentes parâmetros utilizados (TAB. 2).

TABELA 2
Dados Antropométricos, segundo dados da linha de base, dos usuários da Academia da Cidade do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte - MG, 2010

Dados antropométricos	Prevalência (n=59)
Classificação Índice de Massa Corporal – Adultos	
Eutrofia	21,1
Sobrepeso	44,7
Obesidade grau I	18,4
Obesidade grau II	15,8
Classificação Índice de Massa Corporal – Idosos	
Baixo peso	14,3
Eutrofia	19,0
Sobrepeso	66,7
Classificação Circunferência de Cintura – Risco de complicações metabólicas	
Sem risco	29,3
Risco elevado	34,5
Risco muito elevado	36,2
Classificação Razão Cintura/Quadril – Risco de doenças cardiovasculares	
Sem risco	34,5
Com risco	65,5
Classificação Bioimpedância - Percentual de Gordura Corporal	
Acima da Média	3,4
Risco de desenvolver doenças associadas à obesidade	96,6

Quanto ao consumo de óleos e alimentos ricos em gorduras, verificou-se elevada ingestão entre os participantes, com destaque para o consumo inadequado de óleos relatado pela maioria dos usuários (90,9%) e o elevado consumo de leite do tipo integral (67,2%) (TAB. 3).

TABELA 3

Consumo e hábitos alimentares relacionados a óleos e gorduras, segundo dados da linha de base, dos usuários da Academia da Cidade do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte - MG, 2010 (n=59)

Hábito alimentar	Frequência (%)
Consumo mensal de óleos	
Adequado	9,1
Inadequado	90,9
Consumo diário de banha de porco	6,8
Frequência do consumo de frituras	
Diário	6,8
Semanal	40,7
Mensal	18,6
Raro ou nunca	33,9
Consumo de carne com gordura aparente e pele do frango	23,7
Tipo de leite consumido	
Integral	67,2
Desnatado	32,8
Consumo de alimentos ricos em óleos e gorduras (frituras, salgados fritos, hambúrgueres, etc)	
Diário	13,6
De 4 a 5 vezes por semana	5,1
De 2 a 4 vezes por semana	27,1
< 2 vezes por semana	20,3
Raramente ou nunca	33,9

Nas TAB. 4, 5 e 6 estão descritas as características sociodemográficas, estado nutricional e do consumo de óleos e gorduras dos usuários de acordo com o tipo de grupo, ou seja, indivíduos em pré-ação (GPA) e em ação (GA). Dos 59 usuários participantes da intervenção, 30 pertenciam ao GPA, sendo 93,3% do sexo feminino, com média de idade de $56,6 \pm 10,5$ anos. No GA observou-se média de idade superior àquela dos usuários do GPA ($58,3 \pm 9,3$ vs. $52,6 \pm 10,5$ anos; $p = 0,030$). Não houve diferenças significativas entre os grupos para as demais variáveis analisadas (TAB. 4).

TABELA 4
Perfil sociodemográfico e econômico na linha de base dos usuários da Academia da Cidade do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte - MG, 2010, de acordo com o tipo de grupo (n=59)

Variável	Grupo-Intervenção		Valor p
	Pré Ação (n=30)	Ação (n=29)	
Idade (anos)¹	52,6±10,5	58,3±9,3	0,030 ²
Sexo (%)²			0,671 ¹
Feminino	93,3	89,7	
Masculino	6,7	10,3	
Renda familiar <i>per capita</i> (R\$)¹	310,0 (241,3; 583,3)	387,5 (202,0; 500,0)	0,672 ³
Moradores por residência¹	4,0 (3,0; 5,0)	3,0 (2,0; 5,0)	0,129 ³
Anos de estudo¹	7,5 (4,0; 11,0)	4,0 (2,0; 9,0)	0,093 ³

Nota: ¹ Teste t de student; ² Teste Qui quadrado; ³ Mann-Whitney.

Quando os grupos foram comparados com relação ao consumo e hábitos alimentares relacionados a óleos e gorduras, observou-se que ambos os grupos apresentavam consumo inadequado de óleo, leite do tipo integral, gordura aparente de carnes, pele de frango, alimentos ricos em óleos e gorduras, sem diferenças estatísticas (TAB. 5).

TABELA 5
Consumo e hábitos alimentares relacionados a óleos e gorduras na linha de base dos usuários da Academia da Cidade do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte - MG, 2010, de acordo como o tipo de grupo (n=59)

Hábito alimentar	Grupo-Intervenção		Valor p*
	Pré Ação (n=30)	Ação (n=29)	
Consumo mensal de óleo			0,670
Adequado	10,7	7,4	
Inadequado	89,3	92,6	
Consumo diário de banha de porco	6,7	6,9	0,225
Frequência de fritura			0,889
Diário	6,7	6,9	
Semanal	46,7	34,5	
Mensal	16,7	20,7	
Raro ou nunca	30,0	37,9	
Consumo da gordura aparente da carne e pele do frango	23,3	24,1	0,942
Tipo de leite consumido			0,306
Integral	73,3	60,7	
Desnatado	26,7	39,3	
Consumo de alimentos ricos em óleos e gorduras (fritura, salgados fritos, hambúrgueres, etc)			0,371
Diário	16,7	10,3	
De 4 a 5 vezes por semana	-	10,3	
De 2 a 4 vezes por semana	30,0	24,1	
< 2 vezes por semana	23,3	17,2	
Raramente ou nunca	30,0	37,9	

Nota: * Qui-quadrado; - dado rigorosamente zero.

Participantes dos grupos pré-ação e ação apresentaram características antropométricas e de composição corporal semelhantes ($p>0,05$) (TAB. 6).

TABELA 6
Perfil Antropométrico, segundo dados da linha de base, dos usuários da Academia da Cidade do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte - MG, 2010 (n=59)

	Grupo-Intervenção		
	Pré Ação (n=30)	Ação (n=29)	Valor p
Classificação Índice de Massa Corporal – Adultos			
Eutrofia	23,8	17,6	
Sobrepeso	52,4	35,3	
Obesidade grau I	19,0	17,6	0,221
Obesidade grau II	4,8	29,4	
Obesidade grau III	-	-	
Classificação Índice de Massa Corporal – Idosos			
Baixo peso	-	25,0	
Eutrofia	33,3	8,3	0,140
Sobrepeso	66,7	66,7	
Classificação Circunferência de Cintura – Risco de complicações metabólicas			
Sem risco	33,3	25,0	
Risco elevado	33,3	35,7	0,775
Risco muito elevado	33,3	39,3	
Classificação Razão Cintura/Quadril – Risco de doenças cardiovasculares			
Sem risco	30,0	39,3	0,457
Com risco	70,0	60,7	
Percentual de Gordura Corporal			
Média	-	-	
Acima da Média	3,3	3,4	0,981
Risco de desenvolver doenças associadas à obesidade	96,7	96,6	

Nota: [†] Qui-quadrado; - dado rigorosamente zero.

5.2 Oficinas de intervenção pautadas nos estágios comportamentais de mudança para o consumo de óleos e gorduras

No período de novembro de 2010 a maio de 2011, foram realizadas 20 oficinas, sendo 10 com os indivíduos pertencentes ao grupo pré-ação e 10 com aqueles do grupo de ação. Nesse período, foram desenvolvidos os temas, de acordo com as necessidades dos participantes, verificadas mediante a análise de seu consumo alimentar, estado nutricional e estágios de comportamento.

No planejamento das oficinas, buscou-se integrar comportamento e cognição. Nesse sentido, foram incluídos conteúdos comportamentais (práticas) e cognitivos (subjéctiva – teórica), sendo que as oficinas culinárias se pautaram na valorização da Nutrição e Dietética como possibilidade de ir além da teoria, muitas vezes distante da realidade dos participantes, buscando-se a maior aproximação possível com o cotidiano dos usuários.

As oficinas foram construídas para, no máximo, 15 participantes, sendo distribuídas em dias e horários distintos para viabilizar a participação de todos (QUADRO 10).

QUADRO 10
Dias e horários de realização das oficinas

Dia da semana	Horário	Tipo de Grupo
Segunda-feira	08:00 às 09:00	Pré-ação
Terça-feira	08:00 às 09:00	Pré-ação
Quinta-feira	08:00 às 09:00	Ação
Sexta-feira	08:00 às 09:00	Ação

No dia anterior a cada oficina, era confirmada a presença do usuário por ligação telefônica, sendo que, em cada encontro, verificava-se a frequência de participação (TAB. 7 e 8) e o motivo de ausência, caso pertinente. Aqueles que apresentaram faltas acima de três oficinas, foram excluídos do estudo.

De acordo com os dados apresentados nas TAB. 7 e 8, a frequência da participação no grupo de indivíduos em pré-ação variou de 40,0% a 73,0% e, no grupo de indivíduos em ação, de 52,0% a 76,0% para os 10 encontros.

O tempo destinado às atividades dos grupos de indivíduos em pré-ação foi de 10 minutos para aplicação do pré-teste, 70 minutos para o desenvolvimento da oficina e 10 minutos para realização do pós-teste.

A sequência de atividades desenvolvidas com o grupo de indivíduos em pré-ação constou de uma dinâmica de apresentação, na qual os participantes se ambientavam com o tema e o moderador, buscando sempre articular com questões relativas à cultura, ao hedonismo e aos hábitos alimentares. Em seguida, era realizada atividade com o objetivo de estimular o aprofundamento do tema

abordado, sendo esta realizada em subgrupos de cinco a sete pessoas, com a disponibilização de diversos materiais, de acordo com a proposta do encontro.

TABELA 7

Presença dos participantes nas oficinas realizadas com o grupo em pré-ação

Grupo das Oficinas	Cidadania e Saúde		Conceito Ampliado de Saúde		Prós e contras do consumo excessivo de óleos e gorduras		Apoio Familiar		Gorduras		Aumento do consumo de FVL		Percepção Corporal		Ansiedade e Alimentação		Plano de Ação	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Segunda-feira (n=13)	10	76,9	8	61,5	7	53,8	6	46,2	8	61,5	10	76,9	6	46,2	6	46,2	8	61,5
Terça-feira (n=17)	12	70,6	12	70,5	11	64,7	11	64,7	12	70,6	5	29,4	6	35,3	8	47,1	9	52,9
Total (n=30)	22	73,3	20	66,7	18	60,0	17	56,7	20	66,7	15	50,1	12	40,0	14	46,7	17	56,7

Nota: FVL - Frutas, Verduras e Legumes.

TABELA 8

Presença dos participantes nas oficinas realizadas com o grupo em ação

Grupo das Oficinas	Conceito ampliado de Saúde		Modos de Preparo		Consumo de Leite e Derivados desnatados		Gorduras		Aumento do Consumo de FVL		Compras mais Saudáveis		Controle do Apetite		Ervas		Plano de Manutenção	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo de Quinta-feira (n=12)	7	58,3	9	75,0	6	50,0	5	41,7	8	66,7	4	33,3	5	41,7	3	25,0	7	58,3
Grupo de Sexta-feira (n=17)	15	88,2	12	70,6	14	82,3	15	88,2	13	76,5	11	64,7	14	82,4	13	76,5	15	88,2
Total (n=29)	22	75,8	21	72,4	20	68,9	20	68,9	21	72,4	15	51,7	19	65,5	16	55,2	22	75,8

Nota: FVL - Frutas, Verduras e Legumes.

Após as dinâmicas iniciais, os subgrupos eram convidados a participar da segunda parte da oficina. Cada subgrupo trabalhava em uma mesa específica, com o acompanhamento de um membro da equipe do estudo que, no decorrer das atividades, propunha alternativas para os problemas encontrados, solucionando dúvidas e observando diálogos, atitudes, comportamentos e comentários sobre a proposta. Ao final de todas as oficinas, realizava-se um pós-teste. Destaca-se que na maioria das oficinas realizadas para GA o aprofundamento do tema era realizado mediante as oficinas culinárias de técnica dietética.

Além disso, todas as oficinas contaram com o preenchimento de um protocolo de observação. A TAB. 9 apresenta o percentual de algumas questões observadas em cada oficina, utilizando como instrumento o protocolo do observador. Como se pode perceber, em geral, os encontros fluíram bem, com participação moderada e intensa dos participantes.

TABELA 9
Avaliação das oficinas pelo protocolo do observador

Grupo Questões	% Pré-ação (n=9 oficinas)*		% Ação (n=9 oficinas)*	
	Segunda-feira	Terça-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
A reunião fluiu bem	88,9	77,8	100,0	100,0
Presença de problematização, confusão ou dilemas	33,3	55,6	55,6	66,7
Abordagem foi contraditória	11,1	11,1	11,1	11,1
Participação dos usuários				
Intensa	55,6	66,7	66,7	77,8
Moderada	44,4	33,3	33,3	22,2
Houve satisfação final	88,9	88,9	100,0	100,0
Objetivos alcançados	66,7	66,7	77,8	77,8

Nota: * Na oficina inicial não utilizou-se o protocolo de observação.

A seguir, serão descritas as oficinas realizadas para os grupos intervenção em pré-ação (GPA) para o consumo de óleos e gorduras e logo em seguida para o grupo intervenção em ação (GA).

5.2.1 Oficinas desenvolvidas com indivíduos do grupo pré-ação

Na elaboração das oficinas para o grupo de indivíduos em pré-ação, a valorização do subjetivo e a cognição dos participantes foram privilegiadas. Buscou-se que o contato intersubjetivo, com a valorização dos seus desejos, contralanceasse com as necessidades de um corpo saudável, sem a perda do prazer, e sim com a valorização do saudável como possibilidade de escolha. Ao favorecer o reconhecimento das necessidades do corpo, buscou-se sensibilizar os participantes para escolhas mais saudáveis. Priorizou-se a valorização das experiências passadas dos participantes, bem como o conhecimento das barreiras para mudanças de hábitos alimentares vivenciadas, visando favorecer a condução dos grupos e a participação nos encontros.

Os processos de mudanças foram instrumentalizados com atividades cognitivas pertinentes a esse grupo. As oficinas exploraram as diversas formas subjetivas e intersubjetivas do processo educativo. O contexto do processo grupal focou a sensibilização para uma possível mudança de comportamento. A seguir, estão as observações detalhadas de cada oficina.

Oficina Inicial do grupo de indivíduos em pré-ação (GPA)

QUADRO 11

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na “Oficina Inicial” do grupo intervenção em pré-ação

Tema	Objetivos	Atividades
1. Oficina Inicial	<p>Geral: Apresentar os objetivos do grupo e a proposta de trabalho.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Apresentar enquadre grupal;b) Apresentar o que é modelo transteórico e o estágio de mudança de comportamento que se encontram;c) Propor a tarefa do grupo;d) Apresentar o grupo e seus membros;e) Promover a integração dos participantes do grupo;f) Criar a identidade do grupo (nome);g) Firmar o contrato de Participação e Assiduidade (APÊNDICE B).	<ul style="list-style-type: none">a) Apresentação do grupo, dos objetivos da oficina e assinatura do contrato de convivência (APÊNDICE B);b) Dinâmica de apresentação: confecção de crachá criativo por cada participante;c) Enquadre grupal: explicação dos principais estágios de mudança de comportamento para consumo de óleos e gorduras e em qual estágio o grupo se encontra - Pré-ação;d) Identidade do grupo: proposta de nome e desenho que caracterizem o grupo, sendo a seleção da identidade realizada por eleição;e) Avaliação do grupo: aplicação das anamneses pelos entrevistadores e coleta de dados antropométricos e de composição corporal;f) Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador (APÊNDICE C).

No primeiro encontro, os participantes foram receptivos e se mostraram ansiosos pela abordagem oferecida pelas oficinas propostas. Acredita-se que os objetivos foram atingidos, segundo relato dos observadores obtidos nos roteiros de observação. Os dados foram coletados, sendo que alguns indivíduos necessitaram de avaliação posterior, pois o número de moderadores para a coleta de dados foi insuficiente. A identidade do grupo foi criada de forma descontraída e refletia a expectativa do grupo.

O grupo realizado na segunda-feira elegeu como identificação “Grupo Sol”, relatando como possibilidade de fazer brilhar novas perspectivas de alimentação mais saudável. O grupo de terça-feira elegeu o nome “Grupo Flor”, como um grupo que queria plantar e cultivar um jardim. No QUADRO 11 são descritos os objetivos e as atividades desenvolvidas nesta oficina.

Oficina Cidadania e Saúde

QUADRO 12

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Cidadania e Saúde” do grupo intervenção em pré-ação

Tema	Objetivos	Atividades
2. Cidadania e Saúde	<p>Geral: reforçar a cidadania para melhor entendimento de seus direitos e deveres como cidadão.</p> <p>Específicos:</p> <p>a) Discutir principais conceitos sobre cidadania;</p> <p>b) Incentivar apreensão do conceito de empoderamento;</p> <p>c) Fortalecer o grau em que os usuários se sentem habilitados à participação popular;</p> <p>d) Incentivar os usuários a tornarem-se cidadãos ativos;</p> <p>e) Favorecer a apreensão de como os direitos se relacionam com responsabilidades;</p> <p>f) Ampliar a visão quanto à cidadania, respeitando diferenças e semelhanças;</p> <p>g) Trabalhar o conceito de segurança alimentar e nutricional baseada na cidadania, justiça social e saúde;</p> <p>h) Reconhecer os equipamentos sociais da área de abrangência e seus benefícios.</p>	<p>a) Enquadre grupal: contextualização do grupo quanto à proposta e tarefa do dia, instigando discussões sobre cidadania e necessidades da comunidade;</p> <p>b) Discussão do tema: Conceito de cidadania, democracia e participação popular, incentivando a percepção de seus direitos e deveres como cidadãos;</p> <p>c) Instrumentos para exercício da cidadania no âmbito da saúde: determinantes sociais da saúde e empoderamento;</p> <p>d) Construção de painel informativo do grupo: incluiu mensagem da semana, informações sobre saúde e beleza, curiosidades, culinária, recados, orientações sobre serviços da comunidade e eventos culturais em Belo Horizonte;</p> <p>e) Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador.</p>

No QUADRO 12 estão descritos os objetivos e as atividades propostas para a oficina “Cidadania e Saúde”. O interesse pelo tema foi geral, houve a presença de 73,3% dos usuários convidados (TAB. 7). Os participantes se indignaram ao perceberem que seus direitos não eram bem reivindicados e, quando acessíveis, pouco aproveitados, por desconhecimento do acesso aos serviços. Percebeu-se que muitos não sabiam das várias possibilidades do exercício da cidadania, como por exemplo, a participação popular. Houve insatisfação com o Sistema Único de Saúde, ao contrapor a realidade e o que é previsto pela legislação.

O mesmo aconteceu com o Direito Humano à Alimentação que por muitas vezes não é garantido, denotando a necessidade de um maior exercício da cidadania e da participação popular.

O grupo realizado às segundas-feiras problematizou a temática abordada com participação intensa. Os participantes descreveram situações nas quais seus direitos foram desrespeitados e como conduziram a situação para garanti-los. Porém, na discussão, foi evidenciado que os participantes não têm acesso a muitas informações, o que dificulta o exercício da cidadania.

O clima de encerramento foi de satisfação por discutir uma temática que geralmente, não é discutida abertamente nos diversos fóruns que frequentam, além de terem a oportunidade de compartilhar informações sobre serviços de saúde e lazer.

Diante disso, considera-se que o objetivo da oficina foi alcançado, extrapolando as expectativas dos observadores. Além da discussão sobre cidadania, democracia, direitos e deveres, foi possível trazer informações úteis aos usuários, quanto ao acesso a seus direitos (lazer, serviços de saúde, vacinação, medicamentos, etc.).

No grupo realizado às terças-feiras houve participação intensa, porém concentrada em queixas sobre o sistema de saúde e pouca problematização frente às possíveis ações de melhorias e participação popular. Os usuários apresentaram-se tensos e com dificuldades de entender o real sentido de ser cidadão. O principal foco da discussão foi o acesso à saúde; relataram a necessidade de “brigar” na Unidade Básica de Saúde para que possam receber o atendimento e que não há como mudar tal situação. Eles acreditam que seus direitos nunca são e nunca serão

respeitados. Como consequência, no encerramento, o grupo não relatou dúvidas, pois a necessidade maior dos participantes era de expor sua indignação.

Oficina Desenvolvimento do Conceito Ampliado de Saúde

QUADRO 13

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Ampliação do Conceito de Saúde” do grupo-intervenção em pré-ação

Tema	Objetivos	Atividades
3. Ampliação do Conceito de Saúde	Geral: Ampliar o conceito de saúde e dos fatores que a afetam. Específicos: a) Discutir os principais conceitos sobre saúde; b) Incentivar a apreensão do conceito de saúde como direito; c) Discutir sobre fatores que influenciam a saúde; d) Despertar sobre a importância da saúde e os benefícios da adoção de modos de vida mais saudáveis.	a) Enquadre grupal: contextualização do grupo quanto à proposta e à tarefa do dia, instigando-se discussões sobre o conceito de saúde; b) Atividade que remeteu ao conceito de saúde da comunidade e aquele proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS); c) Determinantes sociais da saúde: discussão sobre pontos existentes na comunidade que afetam a saúde dos participantes, salientando e contrastando com o conceito da OMS de determinantes da saúde; d) Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador (APÊNDICE C).

Na oficina “Ampliação do Conceito de Saúde”, participaram 66,7% dos usuários convidados (TAB. 7). O grupo, de modo geral, apresentou dificuldades em entender a saúde além da ausência de doenças e consequentemente de compreender os determinantes da saúde no cotidiano da comunidade.

O grupo realizado às segundas-feiras participou conforme o solicitado, mas com dificuldades de abstração e problematização da temática. O objetivo foi alcançado parcialmente, uma vez que o grupo apresentou dificuldades na construção dos conceitos, sendo necessária a intervenção constante do facilitador para a inserção dos participantes no tema.

Não surgiram dúvidas, mas, quando indagados com questões específicas, foram detectadas dificuldades de entendimento dos assuntos abordados. Percebeu-se a necessidade de se trabalhar mais lentamente com o grupo, com mais clareza na abordagem, buscando consolidar as discussões, além de propor uma atividade mais lúdica nas oficinas posteriores para facilitar a construção do conhecimento, considerando a fase em que o grupo se encontrava. Nesse sentido, nas oficinas

seguintes foram propostas, num primeiro momento, atividades mais concretas que pudessem ser abstraídas ao longo da oficina.

No encontro com o grupo de terça-feira, os participantes também apresentaram dificuldades em compreender o termo “determinantes de saúde”. Houve participação moderada, e o conceito de saúde não foi bem abstraído; tentou-se conceituar como um “bem estar” completo, conforme preconizado pela OMS mas, pela dificuldade em perceber o que pode levar a esse “bem estar”, ou seja, os “determinantes de saúde”, o conceito não foi completamente abstraído (QUADRO 13).

Oficina Apoio Familiar

QUADRO 14

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Apoio Familiar” do grupo-intervenção em pré-ação

Tema	Objetivos	Atividades
4. Apoio Familiar	<p>Geral: Favorecer a integração familiar, visando mudança dos hábitos alimentares.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Contextualizar os familiares acerca das necessidades dos participantes;b) Buscar apoio familiar para a mudança de hábito;c) Confrontar e buscar minimizar possíveis barreiras que dificultem a tomada de decisão dos participantes;d) Favorecer a integração entre participantes e seus familiares.	<ul style="list-style-type: none">a) Enquadre grupal: reconhecimento da importância do tratamento do familiar participante do grupo. Explicação dos principais estágios de mudança de comportamento e em qual estágio o grupo se encontra;b) Dinâmica da felicidade: confronto entre familiares e participantes do grupo na construção do conceito de felicidade;c) Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador (APÊNDICE C).

A proposta inicial era a da participação dos familiares na oficina, mas houve apenas a participação de dois familiares, sendo um deles para substituir o usuário que faltou e outro se tratava de um familiar de férias na casa do usuário. Os demais participantes do grupo relataram a falta de interesse ou de tempo dos familiares para participarem do encontro. Houve a participação de 56,7% dos usuários convidados (TAB. 7). Os participantes relataram que a pouca participação dos familiares é a maior barreira para mudanças dos hábitos alimentares, devido às preferências pouco saudáveis dos familiares, bem como a dificuldade em aceitar novas preparações com menor concentração calórica, menos gorduras e açúcar.

Em função da ausência de muitos familiares foi proposta uma mudança na condução do grupo, uma vez que agora seriam os próprios usuários que teriam que conscientizar seus familiares, utilizando o conhecimento adquirido com a oficina. Assim, o fortalecimento da autoestima dos usuários e o poder da esposa em mudar os hábitos alimentares da família foram o foco das discussões.

No grupo de segunda-feira, os participantes mostraram grande interesse na construção da proposta “felicidade”; houve um estímulo para sua busca, fortalecendo as relações familiares para superação de barreiras, sejam elas alimentares ou de convivência harmônica entre os membros. As mulheres relataram reconhecer sua força como membro determinante em seu lar e sua importância na condução de hábitos alimentares mais saudáveis em seu núcleo familiar.

Entretanto, houve participação moderada dos usuários no grupo sendo que a presença de dois membros familiares pode ter inibido a participação do grupo. Mas, ainda assim, no encerramento, percebeu-se um clima de otimismo para a mudança nos hábitos alimentares da família e principalmente para superar as dificuldades para as mudanças.

No grupo de terça-feira, os questionamentos não foram diferentes, os indivíduos relataram dificuldades semelhantes para a mudança alimentar devido às preferências de seus familiares por uma alimentação pouco saudável, não havendo a participação de nenhum familiar. Entretanto, reconheceram o papel decisivo da mulher como determinante dos hábitos alimentares da família, sendo a satisfação final também percebida entre os participantes (QUADRO 14).

Prós e Contras do Alto Consumo de Óleos e Gorduras

QUADRO 15

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Prós e Contras do Alto Consumo de Óleos e Gorduras” do grupo-intervenção em pré-ação

Tema	Objetivos	Atividades
5. Prós e Contras do Alto Consumo de Óleos e Gorduras	<p>Geral: Favorecer a tomada de decisão para redução do consumo de óleos e gorduras.</p> <p>Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none">Verificar os prós do consumo excessivo de óleos e gorduras;Verificar os malefícios para a saúde do consumo excessivo de óleos e gorduras;Confrontar prós e contras do consumo excessivo de óleos e gorduras;Favorecer a escolha por alimentos mais saudáveis e reduzir consumo de óleos gorduras.	<ol style="list-style-type: none">Enquadre grupal: reconhecimento dos prós e contras do consumo excessivo de óleos e gorduras;Confronto dos prós e contra: construção em grupo de cartaz sobre os benefícios hedônicos e outro sobre os malefícios à saúde que alimentos ricos em óleos e gorduras trazem;Estímulo à percepção do grupo sobre possibilidades e propostas de mudança de hábitos para redução do consumo de óleos e gorduras;Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador (APÊNDICE C).

Nessa oficina houve a presença de 60,0% dos usuários convidados (TAB. 7). De modo geral, os participantes reconheceram mais os prós para o elevado consumo de alimentos ricos em óleos e gorduras, em detrimento dos fatores desfavoráveis. Destaca-se que os prós apresentados pelos grupos eram focados principalmente no prazer e na fuga que esses alimentos proporcionam.

Os observadores perceberam que, na hora da confecção dos cartazes, tanto no grupo de segunda-feira quanto no de terça-feira, os participantes, de um modo geral, apresentaram dificuldades em expressar os malefícios do alto consumo de óleos e gorduras. Tal dificuldade parece ter surgido em função da visão hedônica conferida a tais alimentos. Destaca-se, entretanto, que perceber os prazeres proporcionados pelo elevado consumo (prós), além da palatabilidade, também parecia algo velado, uma vez que os participantes apresentaram dificuldades de ir além do sabor desses alimentos.

A participação na oficina foi intensa, no grupo de terça-feira, com questionamentos sobre os malefícios à saúde do consumo excessivo de óleos e gorduras. Ressalta-se, que, no grupo de segunda-feira, a participação foi moderada. Para isso, a atividade lúdica utilizando a ilustração das artérias parece ter sido mais produtiva do que as atividades realizadas com figuras de doenças. O tema foi

bastante questionado, o que trouxe um melhor entendimento das dificuldades emocionais para as escolhas mais saudáveis. Apesar das dificuldades enfrentadas para se alcançar os objetivos da oficina, os usuários demonstraram satisfação ao seu final (QUADRO 15).

Oficina Reconhecendo a Gordura não Aparente dos Alimentos

QUADRO 16

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Reconhecendo a Gordura não Aparente dos Alimentos” do grupo-intervenção em pré-ação

Tema	Objetivos	Atividades
6. Reconhecendo a Gordura não Aparente dos Alimentos	Geral: Reconhecer a gordura não aparente dos alimentos, facilitando escolhas mais saudáveis. Específicos: a) Reconhecer os alimentos do grupo dos óleos e gorduras; b) Estimular a leitura de rótulos de alimentos, principalmente referente ao conteúdo e tipos de gorduras; c) Identificar, por leitura de rótulos, alimentos industrializados ricos em gorduras, visando melhor seleção; d) Confrontar o conteúdo de gordura descrito nos rótulos com a quantidade diária recomendada; e) Favorecer a escolha por alimentos mais saudáveis e a redução do consumo de óleos gorduras.	a) Enquadre grupal: contextualização do assunto trabalhado, destacando importância da leitura dos rótulos para reconhecer a quantidade de gordura presente nos alimentos e os tipos de gordura; b) Reconhecimento das quantidades de gorduras nos rótulos: como escolher pela leitura dos rótulos, os alimentos mais saudáveis; c) Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador (APÊNDICE C).

A oficina parece ter proporcionado a resolução de dúvidas referentes à leitura de rótulos e a identificação das gorduras “escondidas” dos alimentos. Os usuários demonstraram bastante interesse no tema com participação intensa de todos em ambos os dias de realização das oficinas. Houve a presença de 66,7% dos usuários convidados (TAB. 7).

Durante a oficina, alguns usuários relataram que iriam mudar as compras realizadas mensalmente. Adicionalmente, houve um relato posterior de um movimento um dos participantes do grupo realizou no supermercado do bairro, convidando que a todos os presentes a lerem os rótulos e observarem as quantidades de gorduras nos alimentos. Tal iniciativa remete para a aplicação prática dos conhecimentos apreendidos na oficina “Cidadania e Saúde”, anteriormente realizada. Essa oficina buscou resgatar os direitos dos sujeitos

enquanto cidadãos, incluindo o Direito Humano à Alimentação Adequada, que prevê a identificação correta dos rótulos de alimentos industrializados, visando uma maior autonomia dos indivíduos em suas escolhas alimentares.

No grupo que ocorreu às segundas-feiras, os participantes apresentaram dúvidas, principalmente referentes às diferenças entre alimentos *light*, bastante comuns no grupo de óleos e gorduras. Já no grupo de terça-feira, além dessa dúvida, apresentaram dificuldades para relacionar as porções descritas nos rótulos com as medidas caseiras. Entretanto, as limitações foram superadas e o objetivo da oficina alcançado, havendo satisfação em ambos os grupos, conforme evidenciado pelo roteiro do observador (QUADRO 16).

Oficina Escolhas mais Saudáveis e Acesso a Frutas, Verduras e Legumes (FVL)

QUADRO 17

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Escolhas mais saudáveis e acesso a frutas, verduras e legumes” do grupo intervenção em pré-ação

Tema	Objetivos	Atividades
7. Escolhas mais Saudáveis e Acesso a Frutas, Verduras e Legumes	Geral: favorecer a tomada de decisão por alimentos mais saudáveis, principalmente frutas, verduras e legumes (FVL). Específicos: a) Estimular o consumo de FVL; b) Identificar os alimentos da safra e de menor custo; c) Confrontar o custo dos alimentos ricos em óleos e gorduras com as FVL; d) Favorecer a escolha de alimentos mais saudáveis e a redução do consumo de óleos gorduras.	a) Enquadre grupal: custos e benefícios das FVL para um consumo alimentar mais saudável quando comparadas com alimentos ricos em gorduras; b) FVL – fontes de fibras: conscientizar sobre benefícios das FVL por explicação ilustrativa do modelo de saciedade, além de reforçar seu conteúdo nutricional, rico em vitaminas e minerais, e baixo valor calórico; c) Simulação de compras da semana: comparação dos preços obtidos em supermercados e sacolões, visando aumentar o consumo de FVL e reduzir o de óleos e gorduras, desmistificando a crença de que esses alimentos possuem maior custo quando comparados aos óleos e gorduras; d) Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador (APÊNDICE C).

Para demonstrar a factibilidade do tema tratado na oficina, ou seja, o acesso a FVL, optou-se por abordar a questão relativa aos custos. Foi desenvolvida uma atividade prática para visualizar o gasto realizado com as frutas, verduras e legumes mensalmente, comparando aos gastos com alimentos ricos em óleos e gorduras. Tal atividade propiciou maior esclarecimento e percepção sobre o menor custo desses

alimentos em ambos os grupos, bem como discutir o valor calórico dos alimentos e a necessidade de escolhas mais saudáveis.

Participaram dessa oficina 50,1% dos usuários convidados (TAB. 7), sendo que, em ambos os grupos realizados, a percepção dos custos proporcionou grande motivação para mudanças, ao perceberem que o conceito de que as FVL são alimentos mais caros, constitui apenas um mito. Por conseguinte, discutiu-se sobre os benefícios que o aumento do consumo de FVL poderia trazer à saúde, bem como o questionamento sobre a quantidade ideal diária de óleos e gorduras a ser utilizada, proporcionando a maior percepção entre os usuários do quanto é necessária a mudança de hábitos alimentares.

A participação em ambos os grupos foi intensa, gerando dificuldades para o cálculo dos custos, o que foi superado pelo auxílio dos facilitadores. Essa oficina também alcançou o objetivo proposto, promovendo a satisfação dos usuários (QUADRO 17).

Oficina Percepção Corporal

QUADRO 18

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Percepção Corporal” do grupo-intervenção em pré-ação

Tema	Objetivos	Atividades
8. Percepção Corporal	Geral: favorecer a autopercepção corporal para tomada de decisão e mudança de hábitos alimentares. Específicos: a) Reconhecer o próprio corpo; b) Identificar as diferenças entre o corpo saudável e o perfeito divulgado pela mídia; c) Reconhecer um corpo saudável (não é perfeito) e o excesso de gordura corporal prejudicial.	a) Enquadre grupal: contextualização sobre a necessidade da autopercepção corporal; b) Estímulo à percepção corporal: vivência da realidade do corpo, confrontando a realidade com percepções deturpadas; c) Reconhecendo seu corpo: reconhecimento do corpo que se tem e a imagem que se percebe, favorecendo a detecção de necessidade de mudanças corporais e a aceitação do próprio corpo; d) Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador (APÊNDICE C).

A presença foi de apenas 40,0% dos usuários convidados (TAB. 7). Entretanto, a oficina fluiu bem em ambos os grupos, havendo compartilhamento de questões pessoais que influenciam comportamentos e atitudes alimentares; o grupo

ouviu e discutiu o que foi relatado. As dúvidas se concentraram na localização da gordura mais prejudicial ao corpo (abdominal).

Discutiu-se também sobre a necessidade de se ter um corpo perfeito, conforme veiculado pela mídia e a necessidade de se ter um corpo que promova saúde. No grupo de terça-feira, os participantes relataram qual atitude tomar frente à percepção de seu corpo pelo outro. Foi discutida a necessidade de autoperceber o corpo e avaliar essa realidade, ressaltando que a visão do outro também pode estar deturpada, sendo necessária avaliação concreta dessa realidade.

O objetivo da oficina foi alcançado e até ampliado frente à percepção das questões emocionais e sua interferência no corpo e na saúde, aprimorando a percepção corporal. Os participantes conseguiram associar como os fatores emocionais, externos e internos, e sua forma de perceber o mundo podem influenciar na alimentação e conseqüentemente em seu estado de saúde (QUADRO 18).

Oficina Prazer e Ansiedade

QUADRO 19

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Prazer e Ansiedade” do grupo-intervenção em pré-ação

Tema	Objetivos	Atividades
9. Prazer e Ansiedade	<p>Geral: favorecer uma alimentação saudável e equilibrada mesmo durante momentos de ansiedade.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Discutir ansiedade e como se manifesta;b) Favorecer o entendimento sobre a busca do prazer vinculado à ansiedade;c) Discutir malefícios da má alimentação (excessiva e hipercalórica) relacionada à ansiedade;d) Orientar escolhas alimentares em momentos de ansiedade;e) Discutir e reforçar a importância da alimentação saudável;f) Apresentar opções de atividades para reduzir a ansiedade.	<ul style="list-style-type: none">a) Enquadre grupal: prazer e ansiedade refletem em escolhas por alimentos gordurosos;b) Entender a ansiedade: reconhecimento dos motivos desencadeadores da ansiedade;c) Técnicas para diminuir a ansiedade: percepção das atividades que podem trazer tranquilidade (prazer além da comida);d) Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador (APÊNDICE C).

A oficina fluiu bem em ambos os grupos, havendo algumas dúvidas sobre alimentos capazes de reduzir a ansiedade, sanadas durante a oficina. A oficina contou com a presença de 46,7% dos participantes (TAB. 7).

O grupo realizado às segundas-feiras apresentou-se um pouco indiferente em relação ao tema, por não haver identificação com o perfil de ansiedade frente à alimentação, não sendo, para aquele grupo, a alimentação associada à ansiedade. No grupo de terça-feira, os usuários demonstraram maior interesse no tema, expressando suas opiniões e dificuldades para superar a ansiedade e estabelecer o controle alimentar frente a essa condição. Consequentemente, a satisfação com a oficina foi maior entre os participantes do grupo de terça-feira, sendo o objetivo alcançado parcialmente entre os participantes do grupo de segunda-feira (QUADRO 19).

Oficina Plano de Ação

QUADRO 20

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Plano de Ação” do grupo-intervenção em pré-ação

Tema	Objetivos	Atividades
10. Plano de Ação	<p>Geral: traçar plano de ação e rever conceitos até então trabalhados.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Finalizar a proposta de intervenção;b) Rever assuntos abordados;c) Propor plano de ação.	<ul style="list-style-type: none">a) Enquadre grupal: proposta e possibilidade de mudança de estágio de comportamento alimentar;b) Dinâmica “estrada da formação”: auto avaliação das mudanças conquistadas ao longo das oficinas;c) Revendo conceitos: jogo de perguntas e respostas englobando os conceitos trabalhados nas oficinas;d) Traçar plano de ação: Passo 1 – traçar metas e objetivos. Passo 2 – reconhecer as mudanças alimentares implantadas;e) Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador (APÊNDICE C).

Nessa oficina houve a presença de 56,7% dos usuários convidados (TAB. 7). Os participantes afirmaram que sentiram realmente os resultados ao longo do período. A oficina alcançou seu objetivo, ao permitir ao participante a autorreflexão sobre as mudanças de hábitos alimentares, a introspecção e a projeção das mudanças ainda necessárias, podendo assim planejar uma mudança em curto prazo. Ressalta-se que o grupo realizado às terças-feiras apresentou maior dificuldade em pontuar suas superações e barreiras, dificuldade estas vencidas pelo

acompanhamento do grupo realizado pelos facilitadores ao longo de toda a atividade.

Destaca-se que, em ambos os grupos, o objetivo proposto pela oficina foi totalmente alcançado. Os participantes conseguiram, assim, integrar o conhecimento construído e as reflexões pessoais. Foi possível perceber que ambas as turmas mostraram otimismo ao perceberem os ganhos e sua capacidade de mudança de hábitos alimentares futuramente (QUADRO 20).

5.2.2 Oficinas desenvolvidas com indivíduos do grupo ação

Optou-se por incluir, nas oficinas destinadas ao grupo-ação a ênfase em atividades baseadas na culinária, o que propiciou o contato do sujeito com pessoas com necessidades semelhantes, com os alimentos e ervas aromáticas, com a preparação de receitas cotidianas e com a degustação. Os encontros também exploravam questões subjetivas, estimulando o relato de valores, sentimentos e experiências, e da relação hedônica com a comida. Adicionalmente, buscou-se o trabalho alternado com encontros pautados no aprofundamento do conhecimento em alimentação e nutrição.

A sequência de atividades desenvolvidas no grupo de ação iniciou-se com uma dinâmica de apresentação, visando alcançar objetivos semelhantes àqueles propostos para o grupo de indivíduos em pré-ação, como ambientar os participantes e articular questões relativas à cultura, ao hedonismo e a hábitos alimentares.

Em seguida, era realizada uma atividade para estimular o aprofundamento do tema abordado, com subgrupos de três a cinco pessoas, para os quais eram disponibilizados diversos alimentos, de acordo com proposta do grupo para o dia, bem como os utensílios necessários. Ao final, as preparações alimentares eram dispostas na bancada central de forma atrativa para apresentação e degustação.

Após essas dinâmicas iniciais, os participantes eram divididos em subgrupos e convidados a escolher livremente receitas que considerassem saudáveis e a prepará-las coletivamente, utilizando como componente teórico principal a técnica dietética saudável, enfatizada anteriormente. Cada subgrupo trabalhava em uma bancada específica e era responsável também pela apresentação das preparações.

Um membro da equipe do estudo acompanhava o trabalho nos pequenos grupos, em cada bancada, propondo alternativas para os problemas encontrados; solucionando dúvidas; observando diálogos, atitudes, comportamentos e comentários sobre a proposta; bem como a organização na escolha e na preparação do prato; e reações durante a degustação.

A escolha dos ingredientes fornecidos pautou-se na seleção de alimentos mais saudáveis, *in natura*, de baixo custo, além de algum ingrediente novo que favorecesse o sabor dos alimentos, evitando-se ao máximo os alimentos industrializados, ricos em sódio e lipídeos.

Nos encontros realizados com os participantes do grupo em ação, o tempo destinado ao pré-teste foi de 10 minutos; à discussão inicial, de 10 minutos; à preparação dos alimentos, de 50 minutos, sendo os 20 minutos restantes destinados à degustação e à discussão dos pratos.

Oficina Inicial

QUADRO 21

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Oficina Inicial” do grupo intervenção em ação

Tema	Objetivos	Atividades
1. Oficina Inicial	<p>Geral: Apresentar objetivos do grupo e proposta de trabalho.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Apresentar enquadre grupal;b) Apresentar o que é modelo transteórico e o estágio de mudança de comportamento que se encontram;c) Propor a tarefa do grupo;d) Apresentar o grupo e seus membros;e) Promover a integração dos participantes;f) Criar a identidade do grupo (nome);g) Firmar o contrato de Participação e Assiduidade (APÊNDICE B).	<ul style="list-style-type: none">a) Apresentação do grupo, dos objetivos da oficina e assinatura do contrato de convivência (APÊNDICE B);b) Dinâmica de apresentação: confecção de crachá criativo por cada participante;c) Enquadre grupal: explicação dos principais estágios de mudança de comportamento para consumo de óleos e gorduras e em qual estágio o grupo se encontra - Ação;d) Identidade do grupo: proposição de nome e desenho que caracterizem o grupo, sendo a seleção da identidade realizada por eleição;e) Avaliação do grupo: aplicação das anamneses pelos entrevistadores e coleta de dados antropométricos e de composição corporal;f) Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador (APÊNDICE C).

Os participantes foram receptivos e se mostraram ansiosos pela abordagem das oficinas propostas. Na primeira oficina, os objetivos foram atingidos, segundo roteiro preenchido pelos observadores. Os dados foram coletados, sendo que alguns

indivíduos necessitaram de avaliação posterior, pois o número de moderadores para a coleta de dados foi insuficiente. A identidade do grupo foi criada de forma descontraída e refletia a expectativa do grupo.

O grupo de quinta-feira elegeu como denominação “Grupo Renovação da Vida”, relatando a possibilidade de renovar posturas perante a vida com novas perspectivas de uma alimentação mais saudável. O grupo realizado às sextas-feiras elegeu o nome “Grupo Energia, União e Luz”, como a possibilidade de em grupo poderem realizar grandes mudanças na alimentação e conseqüentemente na saúde. A descrição dos objetivos da oficina e as atividades desenvolvidas estão descritas no QUADRO 21.

Oficina Desenvolvimento do Conceito Ampliado de Saúde

QUADRO 22

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Desenvolvimento do Conceito Ampliado de Saúde” do grupo intervenção em ação

Tema	Objetivos	Atividades
2. Desenvolvimento do Conceito Ampliado de Saúde	Geral: Ampliar o conceito de saúde e dos fatores que a afetam. Específicos: a) Discutir principais conceitos sobre saúde; b) Incentivar a apreensão do conceito de saúde como direito; c) Discutir sobre os fatores que influenciam a saúde; d) Despertar sobre a importância da saúde e os benefícios da adoção de modos mais saudáveis de vida.	a) Enquadre grupal: contextualização do grupo quanto à proposta e tarefa do dia, instigando-se discussões sobre o conceito de saúde; b) Conceitos de saúde: atividade que remeteu ao conceito de saúde da comunidade e aquele proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS); c) Determinantes sociais da saúde: discussão sobre pontos existentes na comunidade que afetam a saúde dos participantes, salientando e contrastando com o conceito de determinantes da saúde; d) Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador (APÊNDICE C).

A presença nessa oficina foi de 75,8% dos usuários convidados (TAB. 8). A oficina fluiu bem, a participação foi intensa em ambas as turmas. O conceito de saúde já era compreendido como além da ausência de doenças pelos participantes dos grupos desenvolvidos às quintas e sextas-feiras, percebendo também, mediante os relatos, uma maior participação popular.

Essa percepção prévia de saúde facilitou a construção do tema, reflexo provável do estágio ação. Houve a problematização, em ambos os grupos, do quanto os serviços prestados pelo Estado influenciam no estilo de vida da população, mas buscando incluir todos os determinantes de saúde para o grupo. No

entanto, as maiores dificuldades ainda se concentraram no entendimento dos determinantes sociais de saúde, superadas com a intervenção intensa dos facilitadores (QUADRO 22).

Oficina Reconhecendo a Quantidade de Gorduras dos Alimentos

QUADRO 23

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Reconhecendo a Quantidade de Gorduras dos Alimentos” do grupo intervenção em ação

Tema	Objetivos	Atividades
3. Reconhecendo a quantidade de gorduras dos alimentos	<p>Geral: Reconhecer os métodos mais saudáveis de preparo dos alimentos e as questões emocionais que permeiam as práticas e comportamentos que reforçam o alto consumo de óleos e gorduras.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Despertar nos participantes o senso crítico sobre as escolhas alimentares referentes à gordura animal e vegetal;b) Demonstrar as principais técnicas de preparo dos alimentos para a redução do consumo de óleo e gorduras;c) Sugerir alternativas de preparo para redução de óleos e gorduras;d) Reconhecer que escolhas alimentares saudáveis podem melhorar a composição corporal;e) Reconhecer as contribuições de hábitos alimentares saudáveis para a melhoria da saúde.	<ul style="list-style-type: none">a) Enquadre grupal: contextualização do grupo quanto à proposta e tarefa do dia;b) Reconhecimento da quantidade de gordura dos alimentos: importância do consumo de carnes, leite e derivados, preferencialmente com menores quantidades de gordura e desnatados;c) Incentivo à realização de preparações mais saudáveis: percepção do alto teor de gordura contido nos alimentos consumidos frequentemente e como reduzir a quantidade de óleo no preparo destes alimentos;d) Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador (APÊNDICE C).

Essa foi a primeira oficina abordando a culinária e a técnica dietética desenvolvida com o grupo, sendo o novo fator, motivador para a participação nas demais oficinas. A presença foi de 72,4% dos usuários convidados (TAB. 8).

A princípio, a cozinha utilizada para as oficinas culinárias parecia pequena para o grupo; porém, com a organização das bancadas, a atividade foi facilitada. Ambos os grupos alcançaram os objetivos e realizaram as atividades, sendo possível discutir sobre as principais preparações e as melhores escolhas para a redução de consumo de óleos e gorduras, o que proporcionou maior integração entre os participantes. Destaca-se que, com a atividade culinária, todos os participantes da Academia da Cidade e não somente aqueles pertencentes aos grupos intervenção foram despertados para os aromas e as preparações executadas nas oficinas.

Ambas as turmas participaram intensamente, entretanto, a turma de sexta-feira foi mais desinibida para uma maior problematização do tema (QUADRO 23).

Oficina Tamanho das Porções e Valor Calórico dos Alimentos Ricos em Óleos e Gorduras

QUADRO 24

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Tamanho das Porções e Valor Calórico dos Alimentos Ricos em Óleos e Gorduras” do grupo intervenção em ação

Tema	Objetivos	Atividades
4. Tamanho das Porções e Valor Calórico dos Alimentos Ricos em Óleos e Gorduras	Geral: Reconhecer o tamanho das porções de alimentos recomendadas e a quantidade necessária de óleos e gorduras para o preparo saudável dos alimentos. Específicos: a) Discutir sobre os diferentes tipos de gorduras e óleos utilizados, seus benefícios e malefícios; b) Conhecer as porções dos alimentos do grupo de óleos e gorduras e seu valor calórico; c) Discutir sobre as gorduras “escondidas” nos alimentos industrializados (embutidos, biscoitos recheados, molhos, etc.); d) Despertar nos participantes o senso crítico sobre as escolhas alimentares referentes à gordura animal e vegetal; e) Reconhecer que escolhas alimentares saudáveis podem melhorar o peso e composição corporal; f) Reconhecer as contribuições de hábitos alimentares saudáveis para a saúde.	a) Enquadre grupal: discussão sobre porções, valor calórico e quantidade de óleos e gorduras de alguns alimentos; b) Atividade em grupo: jogo das escolhas mais saudáveis pautada na análise dos rótulos e porções; c) Adaptando uma receita: discussão de possíveis adaptações de receitas com a redução de óleos e gorduras; d) Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador (APÊNDICE C).

Nessa oficina, a presença foi de 68,9% dos usuários convidados (TAB. 8). A oficina constou de atividades cognitivas para o reconhecimento do tamanho das porções recomendadas dos alimentos, a quantidade necessária de óleos e gorduras para o preparo saudável dos alimentos e os tipos de gorduras e óleos utilizados, seus benefícios e malefícios (QUADRO 24).

Dúvidas como escolher entre óleos e gorduras animais e vegetais, questionamento sobre a presença de colesterol na gordura vegetal e valor calórico dos alimentos devido à quantidade de gorduras foram esclarecidas. Destaca-se que os objetivos foram atingidos, mas a participação foi moderada em ambas as turmas.

Oficina Consumo de Leite e Derivados Desnatados

QUADRO 25

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Estímulo ao Consumo de Leite e Derivados Desnatados” do grupo intervenção em ação

Tema	Objetivos	Atividades
5. Estímulo ao Consumo de Leite e Derivados Desnatados	<p>Geral: Motivar o consumo de leite e derivados com baixo teor de gorduras, discutindo as questões emocionais que permeiam as práticas e comportamentos que reforçam o alto consumo de óleos e gorduras.</p> <p>Específicos</p> <p>a) Discutir as diferenças entre leite, produtos lácteos desnatados e integrais, incluindo benefícios <i>versus</i> malefícios e sabores;</p> <p>b) Reconhecer que leite e derivados integrais apresentam maior quantidade de gordura e calorias;</p> <p>c) Discutir qual a quantidade a ser consumida de leite e derivados para o fornecimento adequado de cálcio;</p> <p>d) Reconhecer que escolhas alimentares saudáveis podem melhorar o peso e a composição corporal;</p> <p>e) Sugerir alternativas de preparações para a melhoria do paladar das preparações;</p> <p>f) Reconhecer as contribuições de hábitos alimentares saudáveis para a saúde.</p>	<p>a) Enquadre grupal: discussão e adaptações de receitas com leite e derivados com baixo teor de gorduras;</p> <p>b) Técnica dietética para leite e derivados: preparação de batidas com frutas, chocolate sem açúcar e café com frutas; e de patês de ricota, cottage e ervas;</p> <p>c) Temas importantes a serem trabalhados durante a oficina: incentivo ao consumo de leite e derivados com baixo teor de gorduras;</p> <p>d) Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador (APÊNDICE C).</p>

A oficina fluiu bem, mas com moderada participação na turma de quinta-feira. A presença foi de 72,4% dos usuários convidados (TAB. 8). Na realização das preparações houve dificuldades em reconhecer as medidas caseiras utilizadas, o uso correto de adoçante em preparações de forno e fogão, bem como a quantidade ideal de temperos, questões sanadas gradativamente pelos facilitadores em cada bancada de preparação.

O grupo apresentou dificuldades para compreender a diferença entre o leite integral e o desnatado, havendo a crença errônea de que o leite desnatado possuía teor reduzido de proteínas e micronutrientes, principalmente o cálcio.

Destaca-se que os participantes mostraram interesse pelas receitas e a possibilidade de realizá-las em casa, havendo maior preferência por receitas de patês com queijo tipo ricota e cottage. Por outro lado, a aceitação do uso do leite desnatado nas preparações foi menor, provavelmente devido à perda de consistência cremosa proporcionada pela gordura nas preparações. As preparações com leite dificultaram, portanto, que os objetivos propostos fossem alcançados,

devendo ser reformuladas, visando a melhoria da cremosidade e aceitabilidade pelos usuários (QUADRO 25).

Oficina Aumento do Consumo de Frutas, Verduras e Legumes

QUADRO 26

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Aumento do Consumo de Frutas, Verduras e Legumes” do grupo intervenção em ação

Tema	Objetivos	Atividades
6. Aumento do Consumo de Frutas, Verduras e Legumes	<p>Geral: Motivar o consumo de frutas, verduras e legumes.</p> <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none">a) Discutir a importância das frutas, verduras e legumes (FVL) para o fornecimento de micronutrientes e fibras;b) Reconhecer que as FVL apresentam maior quantidade de fibras;c) Salientar a importância da água e a atuação das fibras no aumento do tempo de esvaziamento gástrico, com atuação similar aos óleos e gorduras na saciedade;d) Discutir a quantidade ideal de FVL a ser consumida;e) Reconhecer que escolhas alimentares saudáveis podem melhorar o peso e a composição corporal;f) Sugerir alternativas de preparações para melhoria do paladar;g) Reconhecer as contribuições de hábitos alimentares saudáveis para a saúde.	<ul style="list-style-type: none">a) Enquadre grupal: preparação de FVL em substituição a alimentos ricos em óleos e gorduras;b) Técnica dietética para FVL: foram trabalhados os modos de preparo de FVL de forma a melhorar o sabor, favorecer a criatividade e preparações mais saudáveis;c) Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador (APÊNDICE C).

Nessa oficina, a presença foi de 72,4% dos usuários convidados (TAB. 5). Os participantes se interessaram pela forma de preparo, porções e temperos possíveis para a melhoria do sabor das frutas, verduras e legumes, uma vez que muitos apresentavam dificuldades para consumi-los devido à palatabilidade.

A oficina fluiu bem em ambas as turmas, a participação foi moderada no grupo de quinta-feira e intensa no de sexta-feira. A turma de quinta-feira solicitou maior explicação sobre as fibras alimentares e se a ração humana poderia substituir esse grupo de alimentos.

O objetivo da oficina foi alcançado em ambas as turmas. As preparações foram degustadas e elogiadas, sendo possível aos usuários verificar que os alimentos saudáveis podem ser saborosos, tanto quanto os alimentos ricos em óleos e gorduras, desde que se utilize as técnicas culinárias adequadas (QUADRO 26).

Oficina Compras Mais Saudáveis

QUADRO 27

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Compras Mais Saudáveis” do grupo-intervenção em ação

Tema	Objetivos	Atividades
7. Compras Mais Saudáveis	Geral: Favorecer a decisão de compras por alimentos mais saudáveis. Específicos: a) Propor planejamento das compras; b) Compreender a possível divisão dos custos por grupo de alimentos; c) Favorecer o cuidado nas compras referente aos alimentos processados, com alta densidade calórica e ricos em gordura e sódio; d) Reconhecer as contribuições de hábitos alimentares saudáveis para a saúde.	a) Enquadre grupal: escolha dos alimentos durante sua compra; b) Cesta básica do mês: composição e construção da compra mensal de uma pessoa, com alimentos mais ricos em óleos e gorduras comparadas a uma compra de alimentos mais saudáveis; c) Observações na hora da compra de alimentos: questionamentos e sugestões; d) Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador (APÊNDICE C).

A presença nesse encontro foi de 51,7% dos usuários convidados (TAB. 8). A oficina alcançou o objetivo proposto, favorecendo a decisão por compras de alimentos mais saudáveis.

A percepção das diferenças nutricionais e de custos entre a cesta básica alimentar tradicional, com grande quantidade de alimentos ricos em óleos e gorduras, e a cesta mensal saudável foi evidenciada, sendo que a última apresentou menor custo, ainda incluindo as FVL. Esta compreensão favoreceu a fixação de um dos temas tratados na oficina anterior, os custos das FVL.

Destaca-se que o grupo participou intensamente das discussões e da atividade de cálculo de custos, bem como do valor calórico das cestas de alimentos, sendo as dificuldades sanadas pelos facilitadores em cada subgrupo. Em geral, os usuários relataram satisfação com a oficina, porém apresentaram indignação com o custo mensal de uma cesta básica, sendo a problematização maior no grupo de participantes dos encontros de sexta-feira (QUADRO 27).

Oficina Controle do Apetite

QUADRO 28

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Controle do Apetite” do grupo intervenção em ação

Tema	Objetivos	Atividades
8. Controle do Apetite	<p>Geral: Favorecer a compreensão da percepção da saciedade alimentar e seus mecanismos.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Discutir os mecanismos do apetite;b) Propiciar a percepção dos estímulos evitáveis do apetite;c) Entender a fome e a preferência por alimentos gordurosos;d) Favorecer a ação de superação da preferência por alimentos gordurosos;e) Reconhecer as contribuições de hábitos alimentares saudáveis para a saúde.	<ul style="list-style-type: none">a) Enquadre grupal: percepção da satisfação na alimentação;b) Entendendo a fome: estímulo ao questionamento de necessidades alimentares, além das orgânicas, como desejos, frustrações e realizações;c) Apetite e os sentidos: estímulo à percepção de que, além da necessidade de fome, outros fatores estimulam o apetite, como os cinco sentidos e fatores emocionais;d) Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador (APÊNDICE C).

Nessa oficina, a presença foi de 65,5% dos usuários convidados (TAB. 5). O tema da oficina demandava conhecimentos mais aprofundados, o que intimidou um pouco a participação de alguns usuários, mas sendo ainda avaliada a participação como moderada pelo observador na turma de sexta-feira e intensa na turma de quinta-feira.

Os observadores relataram a necessidade de atividades ainda mais lúdicas para favorecer a compreensão do tema pelos usuários. Os usuários, por sua vez, apresentaram satisfação com relação à proposta da oficina, mas relataram muitas dificuldades, o que prejudicou o alcance dos objetivos propostos em ambas as turmas (QUADRO 28).

Oficina dos Sabores

QUADRO 29

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Oficina dos Sabores” do grupo intervenção em ação

Tema	Objetivos	Atividades
9. Oficinas dos Sabores	<p>Geral: Estimular o consumo de ervas aromáticas, visando a redução do consumo de alimentos gordurosos e ricos em sal.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Discutir sobre a palatabilidade dos alimentos;b) Reconhecer alternativas para a maior palatabilidade dos alimentos, que não seja o uso excessivo de óleos e banha de porco;c) Salientar a importância do cuidado com temperos industrializados (excesso de gordura e sal);d) Discutir as principais ervas aromáticas e sua aplicação culinária;e) Sugerir alternativas de preparações para a melhoria do paladar das preparações;f) Reconhecer as contribuições de hábitos alimentares saudáveis para a saúde.	<ul style="list-style-type: none">a) Enquadre grupal: contextualização em técnicas dietéticas já aplicadas e novas propostas para realçar o sabor dos alimentos;b) Técnica dietética aplicada ao uso de ervas aromáticas: preparo de alimentos utilizando ervas aromáticas, visando favorecer a criatividade e preparações mais saudáveis;c) Reconhecimento dos sabores: degustação de alimentos representantes de cada sabor, estimulando a percepção de sabores na língua;d) Uso de temperos industrializados: relato dos temperos caseiros ou industrializados utilizados no domicílio, incluindo quantidade consumida em um mês, cálculo do consumo de sal e sódio mensal e diferenças com relação ao recomendado;e) Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador (APÊNDICE C).

A oficina dos sabores buscou uma revisão de todos os temas abordados anteriormente, além de finalizar as atividades utilizando a culinária para promover a confraternização dos participantes com o preparo de um almoço. A presença foi de 55,2% dos usuários convidados (TAB. 8).

No grupo desenvolvido às quintas-feiras, muitos usuários estavam ausentes devido a uma excursão do grupo da Terceira Idade que acontecia no mesmo dia. Entretanto, todas as atividades foram realizadas com intensa participação dos usuários presentes.

No grupo que ocorria às sextas-feiras, a participação foi intensa e sem faltas. Os usuários aprenderam sobre novas ervas aromáticas, sua utilização e novos modos de preparo. O objetivo foi alcançado em ambas as turmas; foi um dos melhores dias de oficina em ambos os grupos, com entusiasmo perceptível, motivação e interesse, possibilitando a reflexão sobre os hábitos alimentares atuais e as perspectivas de mudanças (QUADRO 29).

Plano de Manutenção

QUADRO 30

Descrição dos temas, objetivos e atividades desenvolvidas na oficina “Plano de Manutenção” do grupo-intervenção em ação

Tema	Objetivos	Atividades
10. Plano de Manutenção	<p>Geral: Traçar plano de manutenção, a partir dos temas anteriormente trabalhados.</p> <p>Específicos</p> <p>a) Rever os temas anteriormente abordados;</p> <p>b) Propor plano de manutenção para continuidade do processo de mudança de comportamento com redução do consumo de óleos e gorduras;</p> <p>c) Finalizar a proposta de intervenção.</p>	<p>a) Enquadre grupal: entender a mudança de estágio de comportamento alimentar e a proposta de sua manutenção;</p> <p>b) Reforço do estágio de ação: os indivíduos mais conscientes, colocou-se em prática tudo aquilo que se aprendeu sobre os hábitos alimentares mais saudáveis em uma dinâmica chamada “caminho da formação”;</p> <p>c) Revisão dos conceitos: jogo educativo de perguntas e respostas;</p> <p>d) Plano de manutenção: participantes traçaram plano de manutenção individual com o auxílio dos facilitadores, refletindo sobre suas conquistas e dificuldades;</p> <p>e) Avaliação e acompanhamento da oficina: registro do observador (APÊNDICE C).</p>

Nessa oficina, a presença foi de 75,8% dos usuários convidados (TAB. 5). A oficina apresentou clima tranquilo, com participação intensa, mas com dificuldades dos indivíduos de ambas as turmas para compreender a atividade, superadas pelo acompanhamento de cada subgrupo por um facilitador. Alguns participantes da turma de quinta-feira apresentaram maior dificuldade em expressar as mudanças realizadas; entretanto, conseguiram perceber, ao longo da oficina, que elas estavam presentes em seu processo, possibilitando projeções futuras.

Apesar das dificuldades, considera-se que o objetivo da oficina foi alcançado, uma vez que os participantes refletiram sobre os conhecimentos adquiridos durante toda a intervenção, possibilitando, assim, perceber as mudanças ocorridas nos hábitos alimentares, avaliar as dificuldades e barreiras superadas de modo a traçarem um plano de manutenção (QUADRO 30).

O clima de encerramento de ambas as turmas foi de satisfação em perceber todo o caminho percorrido. Houve um clima de agradecimento por todas as mudanças e do incentivo dos facilitadores para a participação dos usuários em todas as oficinas ao longo dos meses.

 Discussão

6 DISCUSSÃO

As intervenções nutricionais realizadas, de acordo com os estágios de mudança de comportamento alimentar, facilitaram as abordagens educativas realizadas por contemplarem as diferentes atitudes e percepções dos indivíduos perante sua nutrição e saúde.

Neste estudo, houve predomínio de mulheres, decorrente provavelmente de sua maior sensibilização às atividades educativas, além de maior preocupação com sua saúde, conforme verifica-se no próprio serviço (CERVATO *et al.*, 2005). Verificou-se também uma frequência elevada de baixa escolaridade, inferior à média nacional de 7,2 anos de estudo (IBGE, 2009), o que pode contribuir para escolhas alimentares menos saudáveis e menor entendimento do conceito de saúde e das necessidades de cuidados com a saúde (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ; PIMENTA; KAC, 2004).

Ao analisar o estado nutricional, verificou-se elevada prevalência de excesso de peso e de obesidade abdominal, avaliada pela circunferência da cintura e razão cintura/quadril. A prevalência de excesso de peso encontrada nesta investigação foi superior àquela apresentada pela população brasileira (BRASIL, 2011).

Neste contexto, soma-se a isso a alta frequência de consumo de alimentos ricos em óleos e gorduras apresentada corroborado pelo atual hábito alimentar da população brasileira, caracterizado por elevado consumo de gorduras, consequência da ingestão excessiva de alimentos de origem animal, processados como bolos, tortas e biscoitos (BRASIL, 2006b, 2010; LEVY-COSTA *et al.*, 2005).

Ressalta-se que o consumo excessivo de óleos e gorduras aumenta o risco de DANT, como doenças cardiovasculares (DCV), cânceres e diabetes *mellitus* (DM) (NASSER *et al.*, 2006; NEUMANN *et al.*, 2007; VERHEIJDEN *et al.*, 2004).

Esse elevado consumo de óleos e gorduras relatado pelos usuários, bem como a prevalência de excesso de peso podem ser fatores favoráveis a mudanças de seus hábitos alimentares, principalmente ao considerar a alta demanda espontânea pelos serviços prestados pelas Academias da Cidade e a necessidade de melhoria de sua saúde. Nesse sentido, estudos de intervenção como este podem ser úteis.

Entretanto, constata-se uma escassez de publicações referentes a estudos como o aqui apresentado, optando-se então por discutir em que medida foi possível aplicar os referenciais teóricos adotados.

Um dos referenciais utilizados para construir a intervenção foi a educação alimentar e nutricional. Muitas vezes a EAN é apresentada como vinculada exclusivamente à comunicação, ou seja, à mera transmissão de conhecimentos, focando no "senso comum pedagógico", compreendido por conceitos e instintos educacionais baseados no meio ao qual o profissional nutricionista está inserido (SANTOS, 2005). Entretanto, neste trabalho, optou-se pela utilização de eixos pedagógicos que vão além do senso comum, utilizando o método psicopedagógico proposto por Prochaska (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; PROCHASKA *et al.*, 1988).

Neste estudo, principalmente para o grupo de indivíduos que se encontravam no estágio de pré-ação, buscou-se trabalhar o reforço da cidadania mediante os conceitos de autonomia e empoderamento (BRASIL, 2006c), enquanto eixos de apropriação para uma alimentação mais saudável e com menor conteúdo de óleos e gorduras.

A construção da cidadania no Brasil foi marcada por uma marginalização social histórica, sendo obstáculo para seu exercício pleno (MAGALHÃES, 2002). Este limitante reflete-se na percepção dos direitos sociais e nos equipamentos sociais disponíveis à comunidade, com destaque para a saúde e o lazer.

As limitações da problematização das realidades sociais parece vinculada a essa construção histórica. Poucos são os indivíduos engajados na construção da cidadania e da saúde coletiva, não por falta de indignação, mas por dificuldades em saber como sair da margem para um cenário ativo (MAGALHÃES, 2002). Acrescentam-se ainda os próprios aspectos envolvidos nos estágios de mudança que vivenciam os indivíduos do grupo pré-ação, nos quais o indivíduo ainda necessita de motivação para iniciar a ação.

Destaca-se que, para se desenvolver um conceito amplo de saúde, pautado na cidadania, é necessário que se vá além dos serviços de saúde. No entanto, muitos sujeitos ainda vinculam o conceito de saúde a um bem estar assegurado por um serviço bem equipado com tecnologias duras e fortemente ligado à Atenção Terciária, esquecendo-se dos outros setores e atitudes envolvidas, que

conjuntamente, podem favorecer a saúde, conforme conceito preconizado pela OMS (SCLiar, 2007). Portanto, a percepção da intersectorialidade integrada ao conceito de saúde ainda parece de difícil abstração para os sujeitos, desvinculados de uma rede social, perfil observado principalmente em indivíduos em pré-ação, que por si só apresentam dificuldades de abstração para a automotivação (OLIVEIRA; DUARTE, 2006).

Ademais, percebe-se a necessidade de se ter famílias participativas apoiando os sujeitos, principalmente aqueles em pré-ação para o comportamento investigado, e, assim, favorecer maior adesão ao tratamento (ASSIS; NAHAS, 1999). Entretanto, a maioria dos estudos privilegia o estudo do indivíduo doente, desconsiderando seu contexto e, portanto, seu núcleo familiar. Visão que este estudo buscou extrapolar, propondo envolver as famílias no processo de mudança do comportamento alimentar. Entretanto, foi baixa a participação familiar nos encontros possivelmente influenciado pelos limitantes de horário, mas por outro lado reforça a hipótese do despreparo dos indivíduos para compreender a saúde enquanto construção social conjunta entre os diferentes atores envolvidos (MAGALHÃES, 2002).

Estudos sugerem que a abordagem familiar para o controle das doenças crônicas deve ser expandido, visando incluir um amplo contexto relacional do paciente (FISHER; WEIHS, 2000; PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006). Corroborando esses achados, estudo de intervenção familiar com pacientes com diabetes tipo 2 desestabilizada, evidenciou a necessidade da inclusão de familiares no manejo da doença, visando a maior efetividade das intervenções propostas (KEOGH *et al.*, 2007).

Dentre as relações familiares que influenciam a saúde dos sujeitos, destaca-se a conjugal. Meyler, Stimpson e Peek (2007) propuseram que a influência recíproca que os parceiros conjugais têm uns sobre os outros pode ser causada por condições de vida e riscos à saúde compartilhados. No contexto da alimentação, as mulheres são de fundamental importância, sendo as responsáveis por organizar o cardápio e preparar os alimentos. Por outro lado, a maioria delas se restringe a respeitar o gosto individual do marido e dos filhos, buscando sua aprovação e manutenção (POULAIN, 2006).

A família proporciona apoio, entretanto, o cardápio favorável deve partir de quem prepara os alimentos, sendo necessário conhecimento para tal. O indivíduo

deve possuir noções sobre a composição nutricional dos alimentos utilizados no preparo doméstico. Como indício do desconhecimento da população sobre a composição dos alimentos adquiridos e consumidos, pesquisas mostram o conhecimento insuficiente sobre a necessidade da leitura dos rótulos dos alimentos, e conseqüentemente, sua consulta é quase inexistente entre os consumidores (LORIETO DÍAZ, 2006).

Nesse sentido, estudos sobre o consumo de óleos e gorduras quase sempre se pautam na necessidade de conhecer os alimentos fontes e de realçar o sabor proporcionado pelo cardápio, ainda que, diante da redução desses componentes, buscando assim favorecer o aroma e a textura dos alimentos (MANGABEIRA, 2009; PERKINS; ERICKSON, 1996; SALINAS, 2002). Ademais, tem-se o prazer pessoal envolvido no consumo de alimentos ricos em óleos e gorduras, já que podem aliviar a ansiedade, e ser utilizados como artifício para as faltas emocionais vivenciadas, devendo esse fator ser igualmente abordado nos estudos de intervenção (MANGABEIRA, 2009).

As intervenções pautadas na redução do consumo de óleos e gorduras também devem contemplar o aumento do consumo de alimentos *in natura*, por serem mais saudáveis. Pesquisas nacionais revelam a baixa participação desses alimentos na dieta do brasileiro (BRASIL, 2010; LEVY-COSTA *et al.*, 2005). O aumento da participação de frutas, legumes e verduras na dieta diária pode advir da redução de seu preço, elevação da renda familiar e aumento do preço dos demais alimentos (CLARO *et al.*, 2007).

Neste estudo, a renda familiar pode ter constituído um limitante para a aquisição desses alimentos, haja vista a baixa renda apresentada pelos participantes de ambos os grupos, aproximadamente de R\$330,30, acrescida da condição de vulnerabilidade social vivenciada. Porém, pondera-se que tais aspectos podem ser minimizados pela implantação e ampliação das redes ABasteCer de comercialização de alimentos, iniciativa da Secretária de Segurança Alimentar e Nutricional da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, que visa fornecer principalmente alimentos *in natura* a custos reduzidos para populações com baixa renda (CLARO *et al.*, 2007; HOFFMANN, 2000; PBH, 2011).

Outro aspecto abordado com os indivíduos em pré-ação foi a percepção corporal. Parece que, no grupo, a tensão gerada pela conciliação entre as opiniões

próprias e a dos outros, incluindo a mídia, favorece uma percepção deturpada do corpo. Por vezes, os indivíduos parecem ignorar seu excesso de peso. Assim, o conhecimento de seu IMC e o espaço para discussões e informações em saúde poderão favorecer uma melhor percepção de seu corpo (LYNCH *et al.*, 2007), abrindo possibilidades para mudança de comportamento alimentar, além de adesão às atividades físicas.

Segundo Mauss (1974), o corpo imprime uma perspectiva social de cada grupo. Nesse contexto, as mulheres das classes populares não percebem a gravidade da obesidade, muitas vezes vivenciada como algo natural. A percepção inicial vem do outro. Segundo Fischler (1989, p. 74), para a sociedade de consumo, as pessoas com obesidade são assim “porque comem muito e são incapazes de se controlar”. Estudo realizado com mulheres obesas na favela da Rocinha, Rio de Janeiro, corroboram esses achados, uma vez que alterações do peso somente foram percebidas pelas mulheres após a realização de consultas com equipe multiprofissional de saúde (FERREIRA; MAGALHÃES, 2006).

O alimento também pode constituir conforto às angústias e dificuldades diárias vivenciadas, conforme evidenciado no presente estudo na oficina “prazer e ansiedade”. O prazer e o alívio da ansiedade (fome emocional) parecem se confundir com a fome fisiológica (FERREIRA; MAGALHÃES, 2006).

Em pesquisa realizada com adultos obesos, Campos (1993) observou algumas características psicológicas associadas à hiperfagia; entre elas, a ansiedade, a passividade, a dificuldade de aceitação da autopercepção corporal, o medo de não ser aceito ou amado, a insegurança, a intolerância e a culpa. A alimentação relacionada à ansiedade, principalmente em indivíduos com obesidade, tranquiliza e alivia a angústia do corpo (JUNGE, 2004). Estudos demonstram que indivíduos com obesidade relatam que comem compulsivamente como compensação da ansiedade, depressão e tristeza (BOTTINO *et al.*, 2003; MATCH, 1999; MATCH; GERER; ELLGRING, 2003).

Ao se tratar dos indivíduos participantes do grupo em ação, buscou-se trabalhar os eixos estruturantes discutidos a seguir, como o da culinária, as ações educativas e a própria sequência das oficinas.

O primeiro eixo utilizado foi o da culinária, uma vez que esses indivíduos apresentam maior subsídio comportamental, podendo-se adotar uma abordagem

que valoriza a dimensão prática da alimentação, contextualizada por temas relativos à vivência dos participantes (DIEZ-GARCIA; CASTRO, 2011).

Segundo Diez-Garcia e Castro (2011), utilizar a culinária na EAN pode permitir a superação de barreiras que impedem a mudança de hábitos alimentares, seja pelo medo de novos alimentos ou pelo desconhecimento. Percebe-se, aqui, um ponto favorável para o uso da culinária com indivíduos em ação, uma vez que se torna necessário superar dificuldades cotidianas na tomada de decisão, evitando recaídas.

A culinária apresenta-se como possibilidade de ferramenta para intervenções mais promissoras, uma vez que promove uma experiência cultural proporcionando a integração dos aspectos biológicos e psicológicos (SHEPHERD, 2006). Processos educativos associados à culinária proporcionam motivação, reflexão, aprendizagem, desenvolvimento culinário, além de instrumentalizar o sujeito para as escolhas alimentares mais saudáveis (CASTRO *et al.*, 2007).

No segundo eixo denominado ações educativas, utilizado para trabalhar o grupo de indivíduos em ação, foram considerados aspectos simbólicos da alimentação, reduzida em óleos e gorduras. Ressalta-se que a relação entre alimentação e saúde não foi o enfoque único utilizado no grupo de indivíduos em ação. Buscou-se também (re) construir formas concretas amparadas nas necessidades cotidianas, utilizando-se o construto cidadania. Conforme Castro *et al.* (2007), esse enfoque permite superar a abordagem estritamente embasada em aspectos nutricionais e sanitários da alimentação, eixo fundamental das ações de EAN.

Ressalta-se que a proposta de focar a cidadania perpassou por ambos os grupos, ação e pré-ação, sendo embasada nos conceitos de Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e na Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (BURITY *et al.*, 2010; CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL/CONSEA, 2004).

A SAN encontra-se em construção no país. O conceito refere-se a “realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais” (BRASIL, 2006d). Por outro lado, o DHAA constitui-se em uma ação que visa garantir a SAN, entretanto, sua promoção atualmente no Brasil se encontra limitada, sendo necessárias sua promoção e exigibilidade (BURITY *et al.*, 2010).

O contexto atual de desigualdades sociais, de escassa participação popular e insuficiência das políticas públicas que garantam de fato a SAN suscita ações de nutrição pautadas no direito humano à alimentação. Neste sentido, a abordagem cognitiva foi utilizada para permitir a ampliação da compreensão acerca do DHAA e da SAN, enquanto estratégias na realização desse direito (CASTRO *et al.*, 2007).

O terceiro eixo utilizado refere-se à própria sequência utilizada nas oficinas que visou propiciar a re (construção) do modelo de alimentação saudável e de qualidade de vida até então pautado. No grupo de indivíduos em pré-ação utilizou-se o enfoque cognitivo para a motivação de mudança comportamental, com as etapas de pré-teste, vivência de dinâmicas contextualizadas à realidade e ao tema do dia, debate entre os participantes, finalização reflexiva e pós-teste. Já no grupo de indivíduos em ação, utilizaram-se o enfoque cognitivo e comportamental conjuntamente, mediante aplicação de pré-teste, aprofundamento teórico-reflexivo, prática culinária, finalização reflexiva e pós-teste, além de abordagens que expressam metodologias do campo da educação em saúde e preceitos da promoção da saúde (ASSIS; NAHAS, 1999; BUSS, 1999; CASTRO *et al.*, 2007; CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Assim como no estudo de Castro *et al.* (2007), ressalta-se que essa abordagem permitiu a liberdade para a re (construção) de conceitos por meio da interação com o outro e da abordagem concreta do tema aplicado a seu cotidiano. A adoção de estratégias pedagógicas ora cognitivas, ora comportamentais propiciou a utilização de métodos específicos para os grupos, rompendo-se com o modelo tradicional de EAN, pautado na tentativa tradicional de educação, por vezes, pobre de embasamento pedagógico e focado na mera transmissão de conhecimento.

A avaliação das atitudes e do comportamento mediante a avaliação do observador permitiu quantificar tais aspectos, apesar de limitações do método. Adicionalmente, possibilitou, em tempo hábil, mudanças e ajustes no modelo educativo utilizado (CASTRO *et al.*, 2007).

No grupo de indivíduos em ação para o consumo de óleos e gorduras, como era esperado, pelas características dos processos de mudanças comportamentais envolvidos (KRISTAL *et al.*, 1999), evidencia-se um maior conhecimento sobre o conceito de saúde e de determinantes sociais. Eles estavam mais preparados e com uma possibilidade maior de crescimento quando comparados aos indivíduos do

grupo em pré-ação. Dessa maneira, percebe-se a necessidade de abordagens que atinjam mais incisivamente indivíduos em pré-ação visando melhores resultados nas intervenções conduzidas nas etapas seguintes.

Característica importante do grupo em ação é a necessidade de ampliação do conhecimento (KRISTAL *et al.*, 1999) para escolhas mais assertivas. A motivação proporcionada neste estudo pela aplicação da culinária, como método de promoção do conhecimento favoreceu tal desejo, o que foi igualmente percebida no estudo de Castro *et al.* (2007). O uso da culinária para definir como reduzir a quantidade de óleo e gorduras das preparações, portanto, pode ter favorecido um processo de segurança nas decisões relacionadas às escolhas alimentares mais saudáveis entre os indivíduos (TORAL; SLATER, 2007).

O estímulo às escolhas mais saudáveis na perspectiva dos participantes em ação também englobou escolhas alimentares no momento da compra, uma vez que a população, ao realizar suas compras, pode fazer opções por alimentos mais calóricos, ricos em açúcares e gorduras (LEVY-COSTA *et al.*, 2005). Nesse contexto, o empoderamento para a garantia da DHAA, perpassa por certificar conhecimentos além da possível economia. Ressalta-se, assim, como apresentado neste estudo, a necessidade de ir além do preço dos alimentos, buscando fortalecer a capacidade de leitura de rótulos, a compreensão do custo real do alimento saudável e a prática de compra adequada rumo a uma construção de uma EAN transformadora (CONSEA, 2004).

O poder de compra do brasileiro encontra-se limitado, sendo necessário, além do desenvolvimento de intervenções nutricionais, o suporte do Estado no sentido de favorecer preços mais acessíveis, principalmente dos alimentos considerados saudáveis. No Rio de Janeiro, em um estudo propondo uma cesta alimentar nutricionalmente adequada, verificou-se que o custo ultrapassou o valor de 48% do salário mínimo vigente proposto por lei, pleiteando 84% a 91% do salário mínimo (SILVA *et al.*, 2007).

Diferente do grupo de indivíduos em pré-ação, a abordagem da alimentação e a ansiedade, entre os indivíduos do grupo em ação demandou um maior aprofundamento do tema, partindo para algo eminentemente prático como o controle do apetite. Porém, ainda que se aprofundasse a temática, a oficina pode não ter sido suficiente para aplicações práticas, como evitar recaídas, e para o controle de

contingências, como observado pelos facilitadores, uma vez que o objetivo não foi completamente alcançado. Uma alternativa viável para tal questão é utilizar, entre os indivíduos do grupo em ação, abordagens mais práticas, como as próprias oficinas culinárias, ao considerar que esta pareceu ser bem conhecida pelo grupo.

Nessa perspectiva, a abordagem dos aromas e sabores em uma oficina culinária superou a lacuna apresentada pela oficina que visava trabalhar o controle do apetite. Corroborando, dessa forma que, em indivíduos pertencentes ao grupo em ação, o uso da culinária é extremamente importante. Além disso, as oficinas culinárias representam um momento de vivência e troca de experiências, marcado por aspectos simbólicos e confortáveis, altamente útil para indivíduos que se encontram nesses estágios de mudança (DIEZ-GARCIA; CASTRO, 2011).

Uma limitação vivenciada por este estudo foi a escassez de estudos similares que utilizam o Modelo Transteórico para consumo de óleos e gorduras com métodos de desenvolvimento de intervenções tão detalhadas como se fez aqui, apesar de se tratar de etapa essencial para promover mudanças nos estágios de comportamento alimentar. Tal escassez dificulta a comparabilidade dos achados, bem como o próprio delineamento das intervenções, uma vez que se tem que partir de uma escassa literatura para o seu desenvolvimento.

Adicionalmente, houve perdas no decorrer das oficinas. A análise do protocolo do observador parece sugerir que alguns usuários estavam alocados em grupos discrepantes com relação ao seu real estágio de comportamento alimentar, por apresentarem dificuldades para o acompanhamento das oficinas, o que pode ter refletido em possível abandono de alguns participantes. Verificaram-se também perdas de resultados refletidas por falhas no preenchimento dos instrumentos, apesar do treinamento dos entrevistadores, refletindo na necessidade de maior acompanhamento na utilização dos instrumentos e sensibilização para melhor percepção da importância e das nuances do estudo.

Este estudo, com o desenvolvimento de oficinas educativas, embasadas na educação alimentar e nutricional e no modelo transteórico para o consumo de óleos e gorduras, pareceu produzir intervenções efetivas e material educativo específico que poderá ser utilizado em grupos com perfis semelhantes aos deste estudo. A metodologia utilizada nas oficinas específicas para os processos de mudança e uma didática participativa proporcionaram um foco além de teorias padronizadas da

ciência da Nutrição, perpassando por mudanças de crenças e atitudes. As oficinas puderam ir ao encontro da verdadeira proposta de educação alimentar e nutricional, não se limitando a uma ação impositiva na vida dos sujeitos.

A estratégia educativa utilizada, com oficinas teóricas e práticas com a estratégia da culinária e da motivação, facilitou a relação horizontal entre facilitadores e usuários da Academia. O grupo de indivíduos em pré-ação pôde superar as limitações cognitivas a partir de técnicas lúdicas e concretas para a construção de conhecimento. Eles foram sensibilizados para mudanças de hábitos, como evidenciado na oficina de preparação do plano de ação, na qual perceberam os ganhos no processo educativo e realizaram uma prospecção do futuro. Enquanto, para aqueles do grupo de indivíduos em ação, o estudo acrescentou a possibilidade da técnica dietética aplicada aos cenários reais da culinária de um grupo marcado por carências de práticas que sustentem mudanças em longo prazo, refletidas na construção do plano de manutenção. Diante disso, considera-se que ambos os grupos foram beneficiados pela intervenção por favorecer a ampliação de seus conhecimentos e o convívio social que promovem o exercício da cidadania.

O próximo passo será a avaliação da efetividade das oficinas em ambos os grupos, visando a definição de um programa educativo que possa ser utilizado no âmbito das Academias da Cidade. Espera-se que o desenvolvimento de intervenções cognitivas e comportamentais, conduzidas por nutricionista e psicólogo, possa proporcionar intervenções mais direcionadas e efetivas na promoção de uma alimentação mais saudável.

Conclusão

7 CONCLUSÃO

Ⓔ presente estudo apresentou uma proposta de mudança no foco da prática de nutrição na Atenção Primária à Saúde, visando maior efetividade de ações voltadas para a promoção de uma alimentação mais saudável, bem como uma melhor adesão pelos indivíduos, ao propor uma metodologia de educação alimentar e nutricional, pautada nos estágios de mudança comportamentais, e, portanto, mais personalizada nas necessidades dos sujeitos.

O programa de oficinas utilizado permitiu confrontar os hábitos alimentares com os estágios de mudança de comportamento dos indivíduos, evidenciando a importância de intervenções interdisciplinares que considerem o sujeito como ser multideterminado.

A intervenção ressaltou a importância da Nutrição e da aplicação de tecnologias estruturadas no sujeito na Atenção Primária, mediante a prática interdisciplinar, construída por nutricionista e psicólogo que buscam a construção, conjuntamente com os usuários, de atitudes e comportamentos mais saudáveis.

Ressalta-se, ainda, a necessidade de mais estudos de intervenção com o uso do Modelo Transteórico e dos processos de mudanças, visando possibilitar a comprovação de sua efetividade, bem como sua comparabilidade com outros estudos.



Referências

REFERÊNCIAS

- ADAMS, J.; WHITE, M. Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review. **British Journal of Sports Medicine**, London, v. 37, n. 2, p. 106-114, apr. 2003.
- AFONSO, L. Oficinas em dinâmica de grupo. In: _____. **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2002. p. 11-59.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set./fev. 2005.
- ARMITAGE, C. J.; CONNER, M. Efficacy of a minimal intervention to reduce fat intake. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 52, n. 10, p. 1517-1524, may 2001.
- ASSIS, M. A. A.; NAHAS, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 33-41, jan./abr. 1999.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 39-53.
- BARRETO, S. M. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 41-68, mar. 2005.
- BOOG, M. C. F. Educação nutricional em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 139-147, 1999. Suplemento 2.
- _____. A contribuição da educação nutricional à construção da segurança alimentar. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 6, n. 13, p. 17-23, maio/ago. 2004.
- BOTTINO, S. M. B. *et al.* Transtornos da compulsão alimentar periódica e psicoterapia: é possível sistematizar a formulação psicodinâmica de caso? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 166-170, set. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, quinze capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004a. 186 p.
- _____. Ministério da Saúde. **Análise de evidências da estratégia global da Organização Mundial de Saúde para alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 49 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 110 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, 12).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 210 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Lei nº 11.346**, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, 2006d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm>. Acesso em: 5 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIGITEL Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 92 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável. In: _____. **Guia alimentar de bolso: como ter uma alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. p. 15-23.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIGITEL Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 135 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIGITEL Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 114 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIGITEL Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 150 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 152 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BURITY, V. *et al.* **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2010. 204 p.

BUSS, P. M. Promoção e educação em saúde no âmbito da escola de governo em saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 177-185, 1999. Suplemento 2.

CAMPOS, A. L. R. Aspectos psicológicos da obesidade. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 129-130, 1993.

CASTRO, I. R. R. de *et al.* A culinária na promoção da alimentação saudável: delineamento e experimentação de método educativo dirigido a adolescentes e a profissionais das redes de saúde e de educação. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 6, p. 571-588, nov./dez. 2007.

CERVATO, A. M. *et al.* Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 41-52, jan./fev. 2005.

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 423-425, 1999.

CLARO, R. M. *et al.* Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 557-564, ago. 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL/CONSEA. **Construção de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: CONSEA, 2004. 46 p.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 174 p.

DE GRAAF, C. *et al.* Stages of dietary change among nationally-representative samples of adults in the European Union. **European Journal of Clinical Nutrition**, London, v. 51, p. S47-S56, jun. 1997. Supplementum 2.

DIAS, M. A. S. *et al.* BH-Saúde: Projeto Promoção de Modos de Vida Saudáveis. **Pensar BH/Política Social**, Belo Horizonte, n. 16, p. 21-24, out./dez. 2006.

DIEZ-GARCIA, R. W.; CASTRO, I. R. R. de. A culinária como objeto de estudo e de intervenção no campo da Alimentação e Nutrição. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 91-98, jan. 2011.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. O corpo cúmplice da vida: considerações a partir dos depoimentos de mulheres obesas de uma favela carioca. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 483-490, abr./jun. 2006.

FISBERG, R. M.; MARTINI, L. A.; SLATER, B. Métodos de inquéritos alimentares. In: FISBERG, R. M. *et al.* **Inquéritos alimentares: métodos científicos**. Barueri: Editora Manole, 2005. p. 1-31.

FISCHLER, C. Obeso benigno, obeso maligno. In: SANT'ANNA, D. B. (Org.). **Políticas do corpo**: elementos para uma história das práticas corporais. São Paulo: Estação Liberdade, 1989. p. 69-80.

FISHER, L.; WEIHS, K. L. Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease? **The Journal of Family Practice**, Parsippany, v. 49, n. 6, p. 561-566, jun. 2000.

FONSECA, R. M. G. S. Investigando, construindo e reconstruindo a enfermagem generificada através das Oficinas de Trabalho. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM: TRAJETÓRIA ESPAÇO-TEMPORAL DA PESQUISA, 2º., 2002, Águas de Lindóia, SP. **Anais...** Águas de Lindóia, SP: EEUSP, 2002. [CDRom].

FRANCISCHI, R. P. *et al.* Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, jan./abr. 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 86 p.

FRENN, M.; MALIN, S.; BANSAL, N. K. Stage-based interventions for low-fat diet with middle school students. **Journal of Pediatric Nursing**, Philadelphia, v. 18, n. 1, p. 36-45, feb. 2003.

GLANZ, K. *et al.* Stages of change in adopting healthy diets: fat, fiber and correlates of nutrients intake. **Health Education Quarterly**, New York, v. 21, n. 4, p. 499-519, 1994.

GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B. K. Linking theory, research, and practice. In: _____. **Health behavior and health education**: theory, research, and practice. 2nd ed. California: Jossey-Bass, 1996. p. 19-36.

GREENE, G. W. *et al.* Stages of change for dietary fat reduction to 30% of calories or less. **Journal of the American Dietetic Association**, New York, v. 94, n. 10, p. 1105-1110, oct. 1994.

_____. Dietary applications of the stages of change model. **Journal of the American Dietetic Association**, New York, v. 99, n. 6, p. 673-678, jun. 1999.

GREENE, G. W.; ROSSI, S. R. Stages of change reducing dietary fat intake over 18 months. **Journal of the American Dietetic Association**, New York, v. 18, n. 5, p. 529-534, may 1998.

HARGREAVES, M. K. *et al.* Stages of change and the intake of dietary fat in African-American women: improving stage assignment using the Eating Styles Questionnaire. **Journal of the American Dietetic Association**, New York, v. 99, n. 11, p. 1392-1399, nov. 1999.

HOFFMANN, R. Elasticidades-renda das despesas com consumo de alimentos em regiões metropolitanas do Brasil em 1995 - 1996. **Informações Econômicas**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 17-24, fev. 2000.

HORWATH, C. C. Applying the transteoretical model to eating behaviour change: challenges and opportunities. **Nutrition Research Reviews**, New York, v. 12, n. 2, p. 281-317, dec. 1999.

HOY, M. K. *et al.* Implementing a Low-Fat Eating Plan in the Women's Intervention Nutrition Study. **Journal of the American Dietetic Association**, New York, v. 109, n. 4, p. 688-696, apr. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. **Censo Demográfico de 2000 – microdados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. [CDRom].

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. 270 p.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. 288 p.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 149 p.

JUNGE, M. C. **Compulsão alimentar em mulheres obesas: abordagem interdisciplinar com sibutramina**. 2004. 126 f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p.S4-S5, 2003. Suplemento 1.

KEOGH, K. M. *et al.* Changing illness perceptions in patients with poorly controlled type 2 diabetes, a randomised controlled trial of a family-based intervention: protocol and pilot study. **BMC Family Practice**, London, v. 8, p. 36, jun. 2007.

KRISTAL, A. R. *et al.* How can stages of change be best used in dietary interventions? **Journal of the American Dietetic Association**, New York, v. 99, n. 6, p. 679-684, jun. 1999.

_____. Mediating factors in dietary change: understanding the impact of a Worksite Nutrition Intervention. **Health Education & Behavior**, Washington, v. 27, n. 1, p. 112-125, feb. 2000.

KYLE, U. G. *et al.* Bioelectrical impedance analysis part I: review principles and methods. **Clinical Nutrition**, Oxford, v. 23, n. 5, p.1226-1243, oct. 2004.

LECHNER, L.; BRUG, J.; DE VRIES, H. Misconceptions of fruit and vegetable consumption: differences between objective and subjective estimation of intake. **Journal of Nutrition Education**, New York, v. 29, n. 6, p. 313-320, nov. 1997.

LECHNER, L. *et al.* Stages of change for fruit, vegetable and fat intake: consequences of misconception. **Health Education Research**, Oxford, v. 13, n. 1, p. 1-11, mar. 1998.

LEVY-COSTA, R. B. *et al.* Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 530-540, ago. 2005.

LIMA, A. N. **Fatores associados ao excesso de peso entre usuários do serviço de promoção à saúde**: Academia da Cidade do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte - Minas Gerais. 2009. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

LOGUE, E. *et al.* Transtheoretical model-chronic disease care for obesity in primary care: a randomized trial. **Obesity Research**, Silver Spring, v. 13, n. 5, p. 917-927, may 2005.

LOHMAN, T. G. **Advances in body composition assessment**. Champaign: Human Kinetics, 1992. 150 p.

LOPES, A. C. S.; FERREIRA, A. D.; SANTOS, L. C. Atendimento nutricional na Atenção Primária à Saúde: proposição de protocolos. **Nutrição em Pauta**, Belo Horizonte, v. 18, n. 101, p. 46-49, mar./abr. 2010.

LORIETO DÍAZ, A. M. **Validação de um instrumento de avaliação do comportamento do consumidor adulto com sobrepeso e obesidade frente às informações nutricionais dos rótulos de alimentos**. 2006. 55 f. Monografia (Especialização em Qualidade em Alimentos) - Centro de Excelência em Turismo, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

LYNCH, W. C. *et al.* Ethnic differences in BMI, weight concerns, and eating behaviors: comparison of Native American, White, and Hispanic adolescents. **Body Image**, Amsterdam, v. 4, n. 4, p. 179-190, jun. 2007.

MA, J. *et al.* Assessing stages of change for fruit and vegetable intake in young adults: a combination of traditional staging algorithms and food-frequency questionnaires. **Health Education Research**, Oxford, v. 18, n. 2, p. 224-236, apr. 2003.

MAGALHÃES, R. Enfrentando a pobreza, reconstruindo vínculos sociais: as lições da Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. S121-S137, 2002. Suplemento.

MANGABEIRA, A. S. J. **Aceitabilidade, consumo e análises de cardápio isento de frituras em restaurante de auto-serviço**. 2009. 160 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

MARTÍNEZ, J. A. *et al.* Causes of obesity. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, Pamplona, v. 25, p. 17-27, 2002. Supplementum 1.

MATCH, M. Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy. **Appetite**, London, v. 33, n. 1, p. 129-139, aug. 1999.

MATCH, M.; GERER, J.; ELLGRING, H. Emotions in overweight and normal - weight women, immediately after eating foods differing in energy. **Physiology and Behavior**, Elmsford, v. 80, n. 2-3, p. 367-374, nov. 2003.

MAUSS, M. "As técnicas corporais". In: _____. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Edusp, EPU, 1974. p. 209-233. v. II.

MEYLER, D.; STIMPSON, J. P.; PEEK, M. K. Health concordance within couples: a systematic review. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 64, n. 11, p. 2297-2310, jun. 2007.

MOREIRA, R. A. M. **Aplicação do modelo transteórico para consumo de óleos e gorduras e sua relação com o consumo alimentar e estado nutricional em um Serviço de Promoção da Saúde**. 2010. 191 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

NAHAS, M. I. P.; OLIVEIRA, A. M.; CARVALHO NETO, A. Acesso à ocupação e à renda *versus* escolarização no espaço intra-urbano de grandes cidades: o caso de Belo Horizonte. In: SEMINÁRIO SOBRE ECONOMIA MINEIRA, X., 2002, Diamantina. **Anais...** Diamantina: UFMG, 2002. p. 1-14. Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/diamantina2002/textos/D73.PDF>>. Acesso em: 2 out. 2009.

NASSER, R. *et al.* Comparison of two nutrition education approaches to reduce dietary fat intake and serum lipids reveals registered dietitians are effective at disseminating information regardless of the educational approach. **Journal of the American Dietetic Association**, New York, v. 106, n. 6, p. 850-859, jun. 2006.

NEUMANN, A. I. C. P. *et al.* Padrões alimentares associados a fatores de risco para doenças cardiovasculares entre residentes de um município brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 22, n. 5, p. 329-339, nov. 2007.

NI MHURCHU, C.; MARGETTS, B. M.; SPELLER, V. M. Applying the stages-of-change model to dietary change. **Nutrition Reviews**, Washington, v. 55, n. 1-1, p. 10-16, jan. 1997.

NIGG, C. R. *et al.* Stages of change across ten health risk behaviors for older adults. **The Gerontologist**, Cary, v. 39, n. 4, p. 473-482, aug. 1999.

NUTRITION SCREENING INITIATIVE/NSI. **Nutrition interventions manual for professionals caring for older americans**: project of the American Academy of Family Physicians, The American Dietetic Association and National Council on Aging. Washington: NSI, 1992. 130 p.

OLIVEIRA, M. C. F.; DUARTE, G. K. O modelo transteorético aplicado ao consumo de frutas e hortaliças em adolescentes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 57-64, jan./fev. 2006.

ORNELLAS, L. H. Gorduras. In: _____. **Técnica dietética: seleção e preparo de alimentos**. 7. ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2001. p. 241-252.

PEDRAZA, D. F. Padrões alimentares: da teoria à prática - o caso do Brasil. **Revista Virtual de Humanidades**, Rio Grande do Norte, v. 9, n. 3, p. 1-10, jan./mar. 2004.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. dos. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 310-317, abr. 2006.

PERKINS, E. G.; ERICKSON, M. D. **Deep frying, chemistry, nutrition and practical applications**. Champaign: AOCS Press, 1996. 357 p.

POULAIN, J. P. **Sociologias da alimentação**. Florianópolis: UFSC, 2006. 258 p.

POULAIN, J. P.; PROENÇA, R. P. C. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 245-256, out./dez. 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE/PBH. **Academia da Cidade: saúde e equilíbrio mais próximo do cidadão**. 2009. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=16466&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0>. Acesso em: 9 maio 2009.

_____. **Segurança alimentar e nutricional: sacolões** ABasteCer. 2011. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=abastecimento&tax=17560&lang=pt_BR&pg=5740&taxp=0>. Acesso em: 28 nov. 2011.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. **Journal of Consulting & Clinical Psychology**, Washington, v. 51, n. 3, p. 390-395, jun. 1983.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change - applications to addictive behaviors. **The American Psychologist**, Washington, v. 47, n. 9, p. 1102-1114, sep. 1992.

PROCHASKA, J. O. *et al.* Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 56, n. 4, p. 520-528, aug. 1988.

PROCHASKA, J.; JOHNSON, S.; LEE, P. The transtheoretical model of behavior change. In: SHUMAKER, S. *et al.* (Ed.). **The handbook of health behavior change**. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company, 1998. p. 59-83.

PROCHASKA, J. O.; REDDING, C. A.; EVERS, K. E. The Transtheoretical Model and stages of change. In: GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B. K. (Ed.). **Health behavior and health education: theory, research, and practice**. 2nd ed. California: Jossey-Bass, 1996. p. 99-120.

ROSSI, S. R. *et al.* A comparison of four stage of change algorithms for dietary fat reduction. **Annals of Behavioral Medicine**, New York, v. 15, 1993. Supplementum A63.

_____. Validation of decisional balance and situational temptations measures for dietary fat reduction in a large school-based population of adolescents. **Eating Behaviors**, New York, v. 2, n. 1, p. 1-18, spring 2001.

ROSSI, S. R.; JONNALAGDDA, S. S.; KRIS-ETHERON, P. Dietary interventions. In: JAIRATH, N. (Ed.). **Coronary heart diseases and risk factor management: a nursing perspective**. London: WB Saunders, 1999. p. 109-137.

SALINAS, R. D. **Alimentos e Nutrição: introdução à bromatologia**. Porto Alegre: Artmed, 2002. 258 p.

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

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, jan./abr. 2007.

SHEPHERD, G. M. Smell images and the flavors system in the human brain. **Nature**, Basingstoke, v. 444, n. 7117, p. 316-321, nov. 2006.

SILVA, C. E. G. da *et al.* Proposta de cesta básica para a população da região metropolitana do Rio de Janeiro e sua relação com salário-mínimo vigente. **CERES**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 29-40, 2007.

STEPTOE, A. *et al.* Stages of change for dietary fat reduction: associations with food intake, decisional balance and motives for food choice. **Health Education Journal**, Los Angeles, v. 55, n. 1, p. 108-122, mar. 1996.

TORAL, N. **Estágios de mudança de comportamento e sua relação com o consumo alimentar de adolescentes**. 2006. 142 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

TORAL, N. *et al.* Comportamento alimentar de adolescentes em relação ao consumo de frutas e verduras. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 3, p. 331-340, maio/jun. 2006.

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do Modelo Transteórico no comportamento alimentar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1641-1650, nov./dez. 2007.

_____. Perception of eating practices and stages of change among Brazilian adolescents. **Preventive Medicine**, New York, v. 48, n. 3, p. 279-283, mar. 2009.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1039-1047, jul./ago. 2003.

TRIOLA, M. F. Estatísticas para descrição, exploração e comparação de dados. In: _____. **Introdução à Estatística**. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. p. 60-109.

TURANO, W.; ALMEIDA, C. C. C. Educação nutricional. In: GOUVEIA, E. L. C. **Nutrição: Saúde & Comunidade**. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 1999. 247 p.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; PIMENTA, A. M.; KAC, G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 16, n. 5, p. 308-314, nov. 2004.

VERHEIJDEN, M. W. *et al.* Stage-matched nutrition guidance: stages and fat consumption in Dutch patients at elevated cardiovascular risk. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, New York, v. 36, n. 5, p. 228-237, sep./oct. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: WHO, 1995. 47 p. (Technical Report Series, 854).

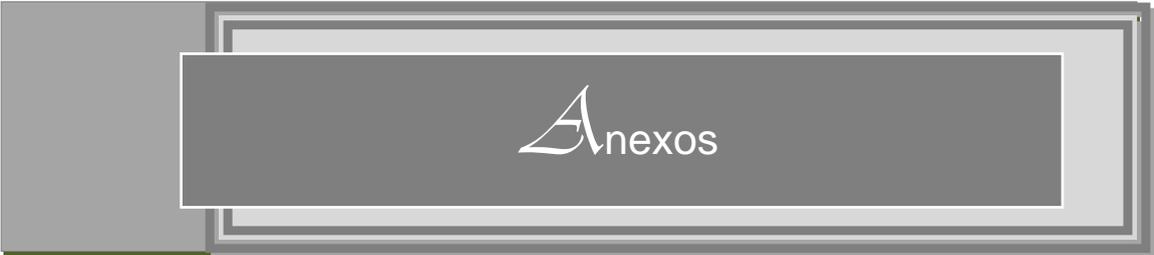
_____. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: WHO, 2000. 265 p. (Technical Report Series, 894).

_____. **Assembly resolution WHA55.23: diet, physical activity and health**. Geneva: WHO, 2002. 2 p.

_____. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva: WHO, 2003a. 159 p. (Technical Report Series, 916).

_____. **Integrated prevention of noncommunicable diseases**. Draft global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization, 2003b. 18 p.

ZACCARELLI, E. M. Modelo transteoretico e curso de vida. In: FISBERG, R. M. *et al.* (Org.). **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicos**. Barueri: Manole, 2005. p. 53-70.

The logo for 'Anexos' is centered within a dark gray rectangular box. This box is set against a light gray background that features a double-line border. The word 'Anexos' is written in a white, serif font, with a stylized 'A' that has a sharp, upward-pointing peak.

Anexos

ANEXOS

ANEXO A - Algoritmo para Consumo de Óleos e Gorduras

ALGORITMO PARA O CONSUMO DE ÓLEOS E GORDURAS (GREENE; ROSSI, 1998)

I) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- I.1) Nome: _____
- I.2) Endereço: _____
- I.3) Telefone: _____
- I.4) Dias/Horário de Atividade Física na Academia: _____
- I.5) Número de Identificação: _____ I.6) Data da Entrevista: ___/___/___
- I.7) Grupo de Pesquisa: (0) Controle (1) Intervenção I.8) Sexo: (0) Feminino (1) Masculino
- I.9) Data de Nascimento: ___/___/___ I.10) Idade: _____
- I.11) Entrevistador: _____

II) PARTICIPAÇÃO EM INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS

- II.1) Você já participou das oficinas de nutrição na Academia da Cidade?
(0) Não (1) Sim
- II.2) Você participa do atendimento individual de nutrição na Academia da Cidade?
(0) Não (1) Sim
- II.3) Você participa do atendimento individual de nutrição no Centro de Saúde Mariano de Abreu?
(0) Não (1) Sim
- II.4) Você participa do Grupo de Preparação para Terceira Idade Renovação da Vida no NAF?
(0) Não (1) Sim
- II.5) Você participa de alguma outra atividade de nutrição em outro local?
(0) Não (1) Sim
- II.5.1) Se sim, qual? _____

III) PASSO 1: AVALIAÇÃO DE INTENÇÃO

III.1) Eu preciso de sua opinião sincera sobre sua mudança de consumo de gorduras. Você quase sempre evita alimentos ricos em gordura? (ex. manteiga, margarina, óleo, molhos para salada, carne gordurosa, frituras, sorvete, etc.) ☞ *Entrevistador: ler as opções para o entrevistado*

- (1) Não, e não pretendo começar a evitar nos próximos 6 meses (**PRÉ-CONTEMPLAÇÃO**)
- (2) Não, mas pretendo começar a evitar nos próximos 6 meses (**CONTEMPLAÇÃO**)
- (3) Não, mas pretendo começar a evitar nos próximos 30 dias (**DECISÃO**)
- (4) Sim, tenho evitado, mas há menos de 6 meses (**AÇÃO**)
- (5) Sim, tenho evitado há mais de 6 meses (**MANUTENÇÃO**)

IV) PASSO 2: CRITÉRIO COMPORTAMENTAL PARA AVALIAÇÃO DE AÇÃO EFETIVA PARA INDIVÍDUOS QUE RESPONDERAM “SIM” NO PASSO 1

IV.1) 1º RECORDATÓRIO ALIMENTAR DE 24 HORAS (R24)

IV.1.1) R24 refere-se a qual dia da semana?

(1) Domingo (2) Segunda (3) Terça (4) Quarta (5) Quinta (6) Sexta

IV.1.1.1) R24 refere-se a qual data? ____/____/____

REFEIÇÃO	LOCAL	ALIMENTO	QUANTIDADE	OBS.
Café da Manhã Horário:				
Lanche da Manhã Horário:				
Almoço Horário:				
Lanche da Tarde Horário:				
Jantar Horário:				
Lanche da Noite Horário:				
“Beliscos” Horário:				

IV.1.1.2) Quantos frascos de óleo você utiliza por mês?

_____ frascos equivalente à _____ ml (frasco de óleo: 900mL)

IV.1.1.3) Quantas pessoas utilizam o óleo consumido no mês? _____ pessoas

IV.1.1.4) Qual o per capita de óleo consumido no mês? _____ ml de óleo/pessoa/dia

IV.1.2) Adequação do Recordatório Alimentar de 24 horas

Nutriente	R24h	Recomendação ¹	Avaliação ²
IV.1.2.1) Calorias (Kcal)			
IV.1.2.2) Carboidratos (%)			
IV.1.2.3) Proteínas (%)			
IV.1.2.4) Lipídios (%)			
IV.1.2.5) Ácido Graxo Saturado (%)			
IV.1.2.6) Ácido Graxo Monoinsaturado (%)			
IV.1.2.7) Ácido Graxo Poliinsaturado (%)			
IV.1.2.8) Colesterol (mg)			
IV.1.2.9) Cálcio (mg)			
IV.1.2.10) Ferro (mg)			
IV.1.2.11) Zinco(mg)			
IV.1.2.12) Sódio (g)			
IV.1.2.13) Vitamina A (mcg)			
IV.1.2.14) Vitamina D (mcg)			
IV.1.2.15) Vitamina E (mg)			
IV.1.2.16) Vitamina C (mg)			
IV.1.2.17) Vitamina B ₁₂ (mcg)			
IV.1.2.18) Fibras (g)			

¹ Para recomendação de Calorias: utilizar fórmula mais apropriada e subtrair e somar dois desvios padrão.

Para recomendação de Macronutrientes: Calcular de acordo com as recomendações DRI, 2002.

Para recomendação de Ácidos Graxos, Colesterol e Sódio: Calcular conforme recomendação da OMS.

Para recomendação de Cálcio, vitamina D e Fibras: utilizar como base valores da AI.

Para recomendação de Micronutrientes: utilizar como base valores de EAR.

² Avaliação de Macronutrientes: (0) Insuficiente (1) Adequado (2) Excessivo

Avaliação de Micronutrientes: (0) < EAR (1) ≥ EAR < RDA (2) > RDA < UL (3) > UL

Avaliação de Cálcio, vitamina D e Fibras: (0) < AI (1) ≥ AI < UL (2) ≥ UL

IV.2) 2º RECORDATÓRIO ALIMENTAR DE 24 HORAS (R24)

IV.2.1) R24 refere-se a qual dia da semana?

(1) Domingo (2) Segunda (3) Terça (4) Quarta (5) Quinta (6) Sexta

IV.2.1.1) R24 refere-se a qual data? ____/____/____

REFEIÇÃO	LOCAL	ALIMENTO	QUANTIDADE	OBS.
Café da Manhã Horário:				
Lanche da Manhã Horário:				
Almoço Horário:				
Lanche da Tarde Horário:				
Jantar Horário:				
Lanche da Noite Horário:				
“Beliscos” Horário:				

IV.2.2) Adequação do Recordatório Alimentar de 24 horas

Nutriente	R24h	Recomendação ¹	Avaliação ²
IV.2.2.1) Calorias (Kcal)			
IV.2.2.2) Carboidratos (%)			
IV.2.2.3) Proteínas (%)			
IV.2.2.4) Lipídios (%)			
IV.2.2.5) Ácido Graxo Saturado (%)			
IV.2.2.6) Ácido Graxo Monoinsaturado (%)			
IV.2.2.7) Ácido Graxo Poliinsaturado (%)			
IV.2.2.8) Colesterol (mg)			
IV.2.2.9) Cálcio (mg)			
IV.2.2.10) Ferro (mg)			
IV.2.2.11) Zinco(mg)			
IV.2.2.12) Sódio (g)			
IV.2.2.13) Vitamina A (mcg)			
IV.2.2.14) Vitamina D (mcg)			
IV.2.2.15) Vitamina E (mg)			
IV.2.2.16) Vitamina C (mg)			
IV.2.2.17) Vitamina B ₁₂ (mcg)			
IV.2.2.18) Fibras (g)			

¹ Para recomendação de Calorias: utilizar fórmula mais apropriada e subtrair e somar dois desvios padrão.

Para recomendação de Macronutrientes: Calcular de acordo com as recomendações DRI, 2002.

Para recomendação de Ácidos Graxos, Colesterol e Sódio: Calcular conforme recomendação da OMS.

Para recomendação de Cálcio, vitamina D e Fibras: utilizar como base valores da AI.

Para recomendação de Micronutrientes: utilizar como base valores de EAR.

² Avaliação de Macronutrientes: (0) Insuficiente (1) Adequado (2) Excessivo

Avaliação de Micronutrientes: (0) < EAR (1) ≥ EAR < RDA (2) > RDA < UL (3) > UL

Avaliação de Cálcio, vitamina D e Fibras: (0) < AI (1) ≥ AI < UL (2) ≥ UL

IV.3) 3º RECORDATÓRIO ALIMENTAR DE 24 HORAS (R24)

IV.3.1) R24 refere-se a qual dia da semana?

(1) Domingo (2) Segunda (3) Terça (4) Quarta (5) Quinta (6) Sexta

IV.3.1.1) R24 refere-se a qual data? ____/____/____

REFEIÇÃO	LOCAL	ALIMENTO	QUANTIDADE	OBS.
Café da Manhã Horário:				
Lanche da Manhã Horário:				
Almoço Horário:				
Lanche da Tarde Horário:				
Jantar Horário:				
Lanche da Noite Horário:				
“Beliscos” Horário:				

IV.3.2) Adequação do Recordatório Alimentar de 24 horas

Nutriente	R24h	Recomendação ¹	Avaliação ²
IV.3.2.1) Calorias (Kcal)			
IV.3.2.2) Carboidratos (%)			
IV.3.2.3) Proteínas (%)			
IV.3.2.4) Lipídios (%)			
IV.3.2.5) Ácido Graxo Saturado (%)			
IV.3.2.6) Ácido Graxo Monoinsaturado (%)			
IV.3.2.7) Ácido Graxo Poliinsaturado (%)			
IV.3.2.8) Colesterol (mg)			
IV.3.2.9) Cálcio (mg)			
IV.3.2.10) Ferro (mg)			
IV.3.2.11) Zinco(mg)			
IV.3.2.12) Sódio (g)			
IV.3.2.13) Vitamina A (mcg)			
IV.3.2.14) Vitamina D (mcg)			
IV.3.2.15) Vitamina E (mg)			
IV.3.2.16) Vitamina C (mg)			
IV.3.2.17) Vitamina B ₁₂ (mcg)			
IV.3.2.18) Fibras (g)			

¹ Para recomendação de Calorias: utilizar fórmula mais apropriada e subtrair e somar dois desvios padrão.

Para recomendação de Macronutrientes: Calcular de acordo com as recomendações DRI, 2002.

Para recomendação de Ácidos Graxos, Colesterol e Sódio: Calcular conforme recomendação da OMS.

Para recomendação de Cálcio, vitamina D e Fibras: utilizar como base valores da AI.

Para recomendação de Micronutrientes: utilizar como base valores de EAR.

² Avaliação de Macronutrientes: (0) Insuficiente (1) Adequado (2) Excessivo

Avaliação de Micronutrientes: (0) < EAR (1) ≥ EAR < RDA (2) > RDA < UL (3) > UL

Avaliação de Cálcio, vitamina D e Fibras: (0) < AI (1) ≥ AI < UL (2) ≥ UL

IV.4) AVALIAÇÃO DAS MÉDIAS DO TOTAL CALÓRICO DOS TRÊS RECORDATÓRIO ALIMENTAR DE 24 HORAS (R24)

IV.4.1) Adequação Média dos 3 Recordatório Alimentar de 24 horas

Nutriente	R24h	Recomendação ¹	Avaliação ²	Valor p
IV.4.1.1) Calorias (Kcal)				
IV.4.1.2) Carboidratos (%)				
IV.4.1.3) Proteínas (%)				
IV.4.1.4) Lipídios (%)				
IV.4.1.5) Ácido Graxo Saturado (%)				
IV.4.1.6) Ácido Graxo Monoinsaturado (%)				
IV.4.1.7) Ácido Graxo Poliinsaturado (%)				
IV.4.1.8) Colesterol (mg)				
IV.4.1.9) Cálcio (mg)				
IV.4.1.10) Ferro (mg)				
IV.4.1.11) Zinco(mg)				
IV.4.1.12) Sódio (g)				
IV.4.1.13) Vitamina A (mcg)				
IV.4.1.14) Vitamina D (mcg)				
IV.4.1.15) Vitamina E (mg)				
IV.4.1.16) Vitamina C (mg)				
IV.4.1.17) Vitamina B ₁₂ (mcg)				
IV.4.1.18) Fibras (g)				

¹ Para recomendação de Calorias: utilizar fórmula mais apropriada e subtrair e somar dois desvios padrão.

Para recomendação de Macronutrientes: Calcular de acordo com as recomendações DRI, 2002.

Para recomendação de Ácidos Graxos, Colesterol e Sódio: Calcular conforme recomendação da OMS.

Para recomendação de Cálcio, vitamina D e Fibras: utilizar como base valores da AI.

Para recomendação de Micronutrientes: utilizar como base valores de EAR.

² Avaliação de Macronutrientes: (0) Insuficiente (1) Adequado (2) Excessivo

Avaliação de Micronutrientes: (0) < EAR (1) ≥ EAR < RDA (2) > RDA < UL (3) > UL

Avaliação de Cálcio, vitamina D e Fibras: (0) < AI (1) ≥ AI < UL (2) ≥ UL

IV.5 AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE GORDURAS – MÉDIA DOS 3 R24H

IV.5.2) Se o consumo de gordura for >30% do total calórico, **NÃO CLASSIFICADO**

IV.5.1) Se o consumo de gordura for ≤30% do total calórico, **AÇÃO E MANUTENÇÃO** conforme definido no Passo 1

V) PASSO 3: INDIVÍDUOS NÃO CLASIFICADOS NA AVALIAÇÃO DE INTENÇÃO

V.1) Por favor, diga sim (S) ou não (N) para cada questão a seguir:

V.1.1) Você quase sempre retira a pele do frango?

- (1) Sim (2) Não (Se come carne vermelha, mas não come frango, resposta “não”)
(Se não come carne vermelha ou come frango, resposta “sim”)

V.1.2) Você frequentemente come queijo com baixo teor de gordura ?

- (1) Sim (2) Não (Se não come queijo, resposta “sim”)

V.1.3) Você frequentemente usa molhos light, sem gordura para salada, ou não usa molhos?

- (1) Sim (2) Não ☞ Entrevistador: incluir azeite (Se não come saladas, resposta “não”)

V.1.4) Você, algumas vezes, come frutas e vegetais nos lanches?

- (1) Sim (2) Não (Se não come lanches com alto teor de gordura como chips, tortas ou massas, salgadinhos como coxinha, empada e pastel, sonhos ou roscas, resposta “sim”)

V.1.5) Você come frequentemente pães, rosquinha ou bolos sem manteiga ou margarina?

- (1) Sim (2) Não

V.2) Se você respondeu “sim” para 4 questões acima, você pretende reduzir sua gordura dietética ainda mais? (1) Sim (2) Não **(AÇÃO e MANUTENÇÃO)**

V.3) Se você respondeu “sim” para 3 ou menos questões acima, você pretende reduzir seu consumo de gordura para que você possa ser capaz de responder “sim” para pelo menos 4 questões?

☞ Entrevistador: ler as opções para o entrevistado

- (1) Sim, e pretendo fazer isto nos próximos 30 dias **(DECISÃO)**
(2) Sim, e pretendo fazer isto nos próximos 6 meses **(CONTEMPLAÇÃO)**
(3) Não, e não pretendo fazer isto nos próximos 6 meses **(PRÉ-CONTEMPLAÇÃO)**

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro participante,

De acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e conforme requisito do Comitê de Ética em Pesquisa, estamos nos apresentando a você e descrevendo brevemente a pesquisa “Desenvolvimento de Intervenções Nutricionais realizadas nas Academias da Cidade pertencentes ao Projeto BH Saúde – Belo Horizonte-MG” que estaremos realizando.

A pesquisa tem como objetivo desenvolver estratégias de intervenção em nutrição de acordo com os diferentes estágios de mudança comportamental a serem realizadas em usuários das Academias da Cidade pertencentes ao Projeto BH-Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH).

Para este estudo realizaremos algumas medidas tais como peso, altura, e circunferências. Para medir a quantidade de gordura do seu corpo será realizada uma avaliação de bioimpedância. Todas estas medidas acima citadas não provocam quaisquer riscos ou desconfortos. Serão perguntadas questões sobre sua saúde e consumo alimentar. Além disto, você deverá responder periodicamente a um questionário sobre seu consumo de frutas, vegetais e alimentos gordurosos, objetivando identificar o estágio de mudança do comportamento alimentar em que você se encontra. Este teste é completamente seguro e não lhe provocará nenhum desconforto.

Ressalto que, você terá a garantia de receber resposta a qualquer dúvida dos sobre a pesquisa.

Você tem liberdade em não participar da pesquisa e isso não lhe trará nenhum prejuízo. Você não terá nenhuma despesa e nenhum benefício financeiro.

Comprometemo-nos a manter confidencialidade das informações fornecidas por você e não identificar seu nome em nenhum momento, protegendo-o de eventuais questões éticas que possam surgir.

Durante todo o estudo, proporcionaremos as informações quanto aos seus dados.

Se houver alguma informação que deseje receber, o telefone de contato é (0xx31 – 3409-9179).

Acredito ter sido informado a respeito do que li ou do que foi lido para mim sobre a pesquisa “Desenvolvimento de Intervenções Nutricionais realizadas nas Academias da Cidade pertencentes ao Projeto BH Saúde – Belo Horizonte-MG”. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, e quais medidas serão coletadas, seus riscos e desconfortos. Declaro ciente que todas as informações são confidenciais e que eu tenho a garantia de esclarecimento de qualquer dúvida. Sei que minha participação não terá despesas, nem remuneração e que estão preservados os meus direitos. Assim, concordo voluntariamente e consinto na minha participação no estudo, sendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem quaisquer prejuízos.

Nome: _____

Assinatura: _____

Assinatura da testemunha: _____

Data: ___/___/_____

Declaro que obtive de forma voluntária o **Consentimento Livre e Esclarecido** para participação neste estudo.

Aline Cristine Souza Lopes – Coordenadora da pesquisa

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

PARECER DO PROJETO 103/07

Desenvolvimento e Avaliação de Intervenções Nutricionais realizadas nas Academias da Cidade pertencentes ao Projeto BH Saúde – Belo Horizonte/ MG

INTERESSADOS:

- **ALINE CRISTINE SOUZA LOPES** – Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno- Infantil da Faculdade de Enfermagem da UFMG – Av. Bernardo Vasconcelos 2550/508. Tel: 31 32489860 – aline@enf.ufmg.br

DOCUMENTOS:

Este projeto foi aprovado pela Câmara Departamental do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG em 09/03/2007

Protocolado no COEP em 13/02/2007. Encaminhado ao parecerista em 11/04/2007.

Folha de Rosto com as assinaturas do pesquisador e responsáveis institucionais.

Carta de anuência da Prefeitura de Belo Horizonte para a realização do estudo.

Data prevista para início do projeto: após aprovação no COEP/UFMG.

Curriculum Vitae do pesquisador responsável na plataforma LATTES.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Adequado a Res. 196/96.

SUMÁRIO DO PROJETO:

Estudos epidemiológicos têm quantificado a magnitude e a distribuição das doenças crônicas não transmissíveis na população, o presente desafio é desenvolver ações de prevenção e controle efetivas e de custo sustentável. Para isto a mensuração de comportamentos alimentares e a proposição de intervenções nutricionais são fundamentais.

OBJETIVOS:

Desenvolver estratégias de intervenção em nutrição de acordo com os diferentes estágios do comportamento alimentar para usuários das Academias da Cidade pertencentes ao Projeto BH- Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH)

DESENVOLVIMENTO:

A execução do estudo se dará em quatro fases. A primeira, a identificação da linha de base com descrição sócio-econômica, antropométrica e de consumo alimentar da população. Na segunda fase serão identificados os estágios de mudança do comportamento alimentar por meio de um algoritmo do modelo transteórico, mensurando consumo de frutas/vegetais e gorduras. Na terceira fase, realizar-se-á as intervenções em nutrição individualmente e em grupo de acordo com os estágios de mudança previamente identificados. As intervenções nutricionais serão baseadas em atividades teóricas lúdicas e práticas, subsidiadas por materiais educativos. Na quarta fase será feita a avaliação da efetividade da intervenção com a reaplicação do algoritmo identificando os estágios de mudança de comportamento. Será realizada análise descritiva e construção de modelos multivariados. Avaliação final das intervenções será realizada pelo Observatório Saúde Urbana de Belo Horizonte e a Prefeitura Municipal de acordo com outro estudo em andamento.

RISCOS:

Os riscos para os participantes do estudo são aqueles relacionados com a confidencialidade dos dados. Pesquisador responsável se compromete a cumprir os termos da Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

PARECER FINAL:

Somos pela aprovação do projeto como apresentado.

Belo Horizonte, 15 de abril de 2007.

ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)

Avaliação de projeto de pesquisa – Protocolo 087/2007

Projeto: “Desenvolvimento de Intervenções Nutricionais realizadas nas Academias da Cidade pertencentes ao Projeto BH Saúde- Belo Horizonte”

Pesquisador responsável: Aline Cristine Souza Lopes

Instituição responsável: Faculdade de Enfermagem
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Instituição onde se realizará a pesquisa:
Espaço BH Cidadania Academias da Cidade- SMSA

Objetivos

Geral: Desenvolver estratégias de intervenção em nutrição de acordo com os diferentes estágios do comportamento alimentar para usuários das Academias da Cidade pertencentes ao Projeto BH Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Específico: Caracterizar o perfil nutricional e alimentar dos usuários incluindo consumo e hábitos alimentares, avaliação antropométrica e da composição corporal a fim de subsidiar as ações; identificar as prevalências de doenças crônicas não transmissíveis de interesse para a proposição da intervenção nutricional; identificar os estágios de mudança do comportamento alimentar em relação ao consumo de frutas/vegetais e gorduras por meio da aplicação do modelo transteórico.

Sumário do Projeto

Trata-se de um estudo onde serão avaliados do ponto de vista nutricional os indivíduos que frequentarem a Academia da Cidade. A execução do estudo se dará em quatro fases, sendo a primeira a identificação da linha de base. Nesta fase será aplicado um questionário para verificação de condições sócio-econômicas e dados antropométricos. Na segunda fase serão identificados os estágios de mudança do comportamento alimentar. Na terceira fase se realizarão as intervenções em nutrição de forma individual e em grupos. Na quarta fase será feita a avaliação da efetividade das intervenções.

Parecer:

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.


Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Celeste de Souza Rodrigues - BM: 37316-1
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - SMSA/PBH

Belo Horizonte, 14 de janeiro de 2008.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A - Avaliação Inicial – Intervenções Nutricionais a partir do Modelo Transteórico para Óleos e Gorduras

I) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- I.1) Nome: _____
- I.2) Endereço: _____
- I.3) Telefone: _____ I.4) Dias/Horário de Atividade Física na Academia: _____
- I.5) Número de Identificação: _____ I.6) Data da Entrevista: ____/____/____
- I.7) Sexo: (0) Feminino (1) Masculino I.8) Data de Nascimento: ____/____/____
- I.9) Qual a renda mensal da sua família? (*salário mínimo = R\$ 465,00*) R\$ _____
- I.10) Quantas pessoas moram na sua casa? _____ pessoas
- I.11) Quantos anos você estudou? _____ anos

II) PARTICIPAÇÃO EM INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS

- II.1) Você já participou das oficinas de nutrição na Academia da Cidade?
(0) Não (1) Sim
- II.2) Você participa do atendimento individual de nutrição na Academia da Cidade?
(0) Não (1) Sim
- II.3) Você participa do atendimento individual de nutrição na Centro de Saúde Mariano de Abreu?
(0) Não (1) Sim
- II.4) Você participa do Grupo de Preparação para Terceira Idade Renovação da Vida no NAF?
(0) Não (1) Sim
- II.5) Você participa de alguma outra atividade de nutrição em outro local?
(0) Não (1) Sim
- II.6) Se sim, qual? _____
- II.7) Nos últimos 6 meses, quantas vezes você faltou às aulas na Academia da Cidade? _____

III) HÁBITOS ALIMENTARES – LINHA DE BASE

- III.1) Geralmente, quantas refeições você faz por dia? _____ Número de refeições
- III.2) Como você se sente em relação ao seu comportamento alimentar: ☞ *Entrevistador: ler as opções para o entrevistado*
- (0) Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- (1) Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- (2) Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- (3) Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

III.3) Como você se sente em relação ao seu comportamento alimentar: *Entrevistador: ler as opções para o entrevistado*

- (0) Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
- (1) Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
- (2) Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja nas horas das refeições, seja nos lanches.
- (3) Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

III.4) Você tem o hábito de “beliscar” entre as refeições? (*Beliscar é comer doces, balas e biscoitos, etc.*) (0) Não (1) Sim

III.5) Na maioria das vezes, como são preparados os alimentos que você consome?

Grupo/Alimentos	Cru	Cozido	Assado	Refogado	Frito	Não come
III.5.1) Carnes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)
III.5.2) Couve	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)
III.5.3) Cenoura	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)
III.5.4) Batata	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)
III.5.5) Ovos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)

III.6) Quantos dias dura 1 kg de sal na sua casa? _____ dias

III.7) Qual a quantidade de açúcar utilizada em um mês? _____ kg

III.8) Quantos frascos de óleo você utiliza por mês? _____ mL (frasco de óleo: 900mL)

III.9) Quantas pessoas utilizam o sal, açúcar e óleo consumidos no mês? _____ pessoas

III.10) No último mês, quantos dias você teve frutas em casa? _____ dias

III.10.1) Com que frequência você comeu frutas no último mês?

- (1) Todo dia (3) 4-6 vezes por semana (5) mensalmente
- (2) 1-3 vezes por semana (4) 2-3 vezes/ mês (6) Nunca

III.10.2) Quantas porções você comeu por dia? _____ porções

III.11) Consumo de Frutas, Verduras e Legumes:

	Frutas	Verduras (alface, couve, etc.)	Legumes (tomate, abóbora, etc.)
NOS ÚLTIMOS 6 MESES , geralmente com que frequência você comeu:	III.11.1) () Número vezes (1) Diário (2) Semanal (3) Mensal (4) Raramente (5) Nunca ☞ <i>Se raro ou nunca, vá para a questão IV.13.1.3</i>	III.11.2) () Número vezes (1) Diário (2) Semanal (3) Mensal (4) Raramente (5) Nunca ☞ <i>Se raro ou nunca, vá para a questão IV.13.2.3</i>	III.11.3) () Número vezes (1) Diário (2) Semanal (3) Mensal (4) Raramente (5) Nunca ☞ <i>Se raro ou nunca, vá para a sessão IV.13.3.3</i>
NOS ÚLTIMOS 6 MESES , geralmente quantos dias no mês você teve em casa?	III.11.1.1) _____ dias	III.11.2.1) _____ dias	III.11.3.1) _____ dias
NOS ÚLTIMOS 6 MESES , geralmente quantas porções* você comeu de cada vez:	III.11.1.2) _____ porções ☞ <i>Entrevistador explique para o usuário o que é uma porção, referindo-se a média das frutas – 1 unidade ou 1 fatia média.</i>	III.11.2.2) Quantas colheres (sopa) você come de cada vez? _____ III.10.2.3) Modo de preparo: (1) Cru (2) Refogado	III.11.3.2) Quantas colheres (sopa) você come de cada vez? _____
NOS ÚLTIMOS 6 MESES , qual foi principal motivo de você não comer todos os dias: ☞ <i>Entrevistador, se o entrevistado come todos os dias vá para questão IV.14</i>	III.11.1.3) (0) Não gosta muito (1) Não tenho o costume (2) Estavam caras (3) Frutas são difíceis de comer (4) Estavam difíceis de comprar (5) Outros: _____ (8) Não se aplica	III.11.2.3) (0) Não gosta muito (1) Não tenho o costume (2) Estavam caras (3) Verduras são difíceis de comer (4) Estavam difíceis de comprar (5) Outros: _____ (8) Não se aplica	III.11.3.3) (0) Não gosta muito (1) Não tenho o costume (2) Estavam caros (3) Legumes são difíceis de comer (4) Estavam difíceis de comprar (5) Outros: _____ (8) Não se aplica

III.12) NOS ÚLTIMOS 6 MESES, com que frequência você ingeriu?

Alimento/grupo	Frequência
III.12.1) Leite Tipo: (1) Desnatado (2) Integral (3) Tipo C	III.12.1.1) () Número vezes (1) Dia (2) Semana (3) Mês (4) Raro (5) Nunca III.12.1.2) Em média, quantos copos de leite você toma por dia? _____ mL (copo requeijão: 250mL; americano:150 mL)
III.12.2) Derivado leite (queijo, iogurte, etc) Tipo: (1) Desnatado (2) Integral	III.12.2.1) () Número vezes (1) Dia (2) Semana (3) Mês (4) Raro (5) Nunca
III.12.3) Ovos	III.12.3.1) () Número vezes (1) Dia (2) Semana (3) Mês (4) Raro (5) Nunca
III.12.4) Carnes em geral	III.12.4.1) () Número vezes (1) Dia (2) Semana (3) Mês (4) Raro (5) Nunca
III.12.5) Carne de boi	III.12.5.1) () Número vezes (1) Dia (2) Semana (3) Mês (4) Raro (5) Nunca
III.12.6) Carne de frango	III.12.6.1) () Número vezes (1) Dia (2) Semana (3) Mês (4) Raro (5) Nunca
III.12.7) Carne de porco	III.12.7.1) () Número vezes (1) Dia (2) Semana (3) Mês (4) Raro (5) Nunca
III.12.8) Peixe	III.12.8.1) () Número vezes (1) Dia (2) Semana (3) Mês (4) Raro (5) Nunca
III.12.9) Embutido (salsicha, salame, etc)	III.12.9.1) () Número vezes (1) Dia (2) Semana (3) Mês (4) Raro (5) Nunca
III.12.10) Biscoitos salgados e doces	III.12.10.1) () Número vezes (1) Dia (2) Semana (3) Mês (4) Raro (5) Nunca
III.12.11) Biscoitos recheados	III.12.11.1) () Número vezes (1) Dia (2) Semana (3) Mês (4) Raro (5) Nunca
III.12.12) Frituras	III.12.12.1) () Número vezes (1) Dia (2) Semana (3) Mês (4) Raro (5) Nunca
III.12.13) Salgados (coxinha, pastel, etc.)	III.12.13.1) () Número vezes (1) Dia (2) Semana (3) Mês (4) Raro (5) Nunca
III.12.14) Salgadinhos tipo "chips"	III.12.14.1) () Número vezes (1) Dia (2) Semana (3) Mês (4) Raro (5) Nunca
III.12.15) Sanduíche (hambúguer, etc.)	III.12.15.1) () Número vezes (1) Dia (2) Semana (3) Mês (4) Raro (5) Nunca
III.12.16) Bebidas alcoólicas	III.12.16.1) () Número vezes (1) Dia (2) Semana (3) Mês (4) Raro (5) Nunca
III.12.17) Molhos (de maionese, etc.)	III.12.17.1) () Número vezes (1) Dia (2) Semana (3) Mês (4) Raro (5) Nunca
III.12.18) Banha de porco	III.12.18.1) () Número vezes (1) Dia (2) Semana (3) Mês (4) Raro (5) Nunca

IV) TESTE: COMO ESTÁ SUA ALIMENTAÇÃO? (BRASIL, 2007)

VI.1) Qual é, em média, a quantidade de frutas (unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural) que você come por dia?

- (0) Não como frutas, nem tomo suco natural todos os dias
- (1) 3 ou mais unidades/fatias/pedaços/copos suco natural
- (2) 2 unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural
- (3) 1 unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural

VI.2) Qual é, em média, a quantidade de legumes e verduras que você come por dia?

- (0) Não como legumes, nem verduras todos os dias
- (1) 3 ou menos colheres de sopa
- (2) 4 a 5 colheres de sopa
- (3) 6 a 7 colheres de sopa
- (4) 8 ou mais colheres de sopa

VI.3) Qual é, em média, a quantidade que você come dos seguintes alimentos: feijão de qualquer tipo ou cor, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava, sementes ou castanhas?

- (0) Não consumo
- (1) 2 ou mais colheres de sopa por dia
- (2) Consumo menos de 5 vezes por semana
- (3) 1 colher de sopa ou menos por dia

VI.4) Qual a quantidade, em média, que você consome por dia dos alimentos listados abaixo?

VI.4.1) Arroz, milho e outros cereais (inclusive os matinais); mandioca/macaxeira/aipim, cará ou inhame; macarrão e outras massas; batata-inglesa, batata-doce, batata-baroa ou mandioquinha: _____ colheres de sopa

VI.4.2) Pães: _____ unidades/fatias

VI.4.3) Bolos sem cobertura e/ou recheio: _____ fatias

VI.4.4) Biscoito ou bolacha sem recheio: _____ unidades

VI.4.5) Soma das porções: _____

VI.4.6) Pontuação Final: _____

VI.5) Qual é, em média, a quantidade de carnes (boi, porco, aves, peixes e outras) ou ovos que você come por dia?

- (0) Não consumo nenhum tipo de carne
- (1) 1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo
- (2) 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos
- (3) Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos

VI.6) Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele do frango ou outro tipo de ave?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Não como carne vermelha ou frango

VI.7) Você costuma comer peixe com qual frequência?

- (0) Não consumo
- (1) Somente algumas vezes no ano
- (2) 2 ou mais vezes por semana
- (3) De 1 a 4 vezes por mês

VI.8) Qual é, em média, a quantidade de leite e seus derivados (iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos e outros) que você come por dia?

- (0) Não consumo leite, nem derivados
- (1) 3 ou mais copos de leite ou pedaços/fatias/porções
- (2) 2 copos de leite ou pedaços/fatias/porções
- (3) 1 ou menos copos de leite ou pedaços/fatias/porções

VI.9) Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente consome?

- (0) Integral
- (1) Com baixo teor de gorduras (semidesnatado, desnatado ou *light*)

VI.10) Pense nos seguintes alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, lingüiça e outros). Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?

- (0) Raramente ou nunca (1) Menos que 2 vezes por semana
(2) De 2 a 3 vezes por semana (3) De 4 a 5 vezes por semana
(4) Todos os dias

VI.11) Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados. Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?

- (0) Raramente ou nunca (1) Menos que 2 vezes por semana
(2) De 2 a 3 vezes por semana (3) De 4 a 5 vezes por semana
(4) Todos os dias

VI.12) Qual tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos?

- (0) Banha animal ou manteiga (2) Margarina ou gordura vegetal
(1) Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão ou canola

VI.13) Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?

- (0) Não (1) Sim

VI.14) Pense na sua rotina semanal: Quais as refeições você costuma fazer habitualmente no dia?

REFEIÇÕES	NÃO (0)	SIM (1)
VI.14.1 - Café da manhã		
VI.14.2 - Lanche da manhã		
VI.14.3 - Almoço		
VI.14.4 - Lanche ou café da tarde		
VI.14.5 - Jantar ou café da noite		
VI.14.6 - Lanche antes de dormir		
VI.14.7 - Pontuação Final		

VI.15) Quantos copos de água você bebe por dia? Inclua no seu cálculo sucos de frutas naturais ou chás (exceto café, chá preto e chá mate).

- (0) Menos de 4 copos (1) 4 a 5 copos (2) 8 copos ou mais (3) 6 a 8 copos

VI.16) Você costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque etc.) com qual frequência?

- (0) Não consumo (1) Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês)
(2) 1 a 6 vezes na semana (3) Diariamente

VI.17) Você faz atividade física REGULAR, isto é, pelo menos 30 minutos por dia, todos os dias da semana, durante o seu tempo livre?

- (0) Não (1) Sim (2) 2 a 4 vezes por semana

VI.18) Você costuma ler a informação nutricional que está presente no rótulo de alimentos industrializados antes de comprá-los?

- (0) Nunca (2) Algumas vezes, para alguns produtos
(1) Quase nunca (3) Sempre ou quase sempre, para todos os produtos

VI.19) Resultados:

VI.19.1) Total de pontos: _____

VI.19.2) Respostas: (0) Até 28 pontos (1) 29 a 42 pontos (2) 43 pontos ou mais

V) PERCEPÇÃO CORPORAL

V.1) Como você se sente em relação ao peso atual?

- (1) Muito magro (2) Magro (3) Normal (4) Um pouco gordo (5) Gordo (6) Muito gordo

V.2) Em geral, você se sente satisfeito com a forma do seu Corpo? (0) Não (1) Sim

V.3) Qual a forma corporal mais parecida com o seu corpo? _____ ☞ *Entrevistador: mostrar figura ao entrevistado e registrar número da forma escolhida pelo entrevistado*

V.4) Qual a forma corporal que gostaria de ser? _____ ☞ *Entrevistador: registrar número da forma escolhida pelo entrevistado*

V.5) Indicador da satisfação corporal: _____ ☞ *Entrevistador: calcular diferença observada entre forma desejada e a atual*

V.5.1) Com relação à satisfação corporal o entrevistado está: (1) Satisfeito (2) Insatisfeito
☞ *Entrevistador: se o indicador da satisfação corporal for 0 ou 1, considere-o como satisfeito; se for > 1, insatisfeito*

V.6) Nos últimos **seis meses**, você tentou emagrecer? (0) Não (1) Sim ☞ *Se não, vá para a sessão VI*

V.6.1) Se sim, foi:

- (0) Sem acompanhamento de profissional de saúde (1) Com acompanhamento de profissional de saúde

V.6.2) O que você fez para emagrecer?

- (0) Restrição alimentar (3) Medicamentos e atividade física
(1) Atividade física (4) Restrição alimentar e atividade física
(2) Uso de medicamentos (5) Restrição alimentar e medicamentos

VI) ANTROPOMETRIA E COMPOSIÇÃO CORPORAL

VI.1) Peso: _____ Kg VI.2) Altura: _____ metros

VI.3) IMC: _____ Kg/m²

VI.3.1) Classificação de IMC **adulto**:

- (1) Magreza grau III (2) Magreza grau II (3) Magreza grau I (4) Eutrofia
(5) Pré-Obeso (6) Obesidade grau I (7) Obesidade grau II (8) Obesidade grau III
(88) Não se Aplica

VI.3.2) Classificação IMC **idoso**: (0) Baixo peso (1) Eutrofia (2) Sobrepeso (88) Não se Aplica

VI.4) Circunferência do Braço (CB): _____ cm

VI.5) Circunferência da Cintura (CC): _____ cm

VI.5.1) Risco complicações metabólicas associadas à obesidade:

(0) Sem risco (1) Elevado (2) Muito Elevado

VI.6) Circunferência Quadril (CQ): _____ cm

VI.7) Razão Cintura/Quadril (RCQ): _____

VI.7.1) Classificação da RCQ: (0) Sem risco (1) Risco para o desenvolvimento de doenças

VI.8) CMB: _____ cm VII.8.1) Adequação de CMB : _____

VI.9) AMB: _____ cm² VII.9.1) Adequação de AMB : _____

VI.10) Percentual de gordura mensurado por Bioimpedância: _____

VI.10.1) Classificação do percentual de gordura por Bioimpedância (LOHMAN, 1992)

(1) Risco de doenças associadas à desnutrição (2) Abaixo da média

(3) Média (4) Acima da média (5) Risco de doenças associadas á obesidade

VI.10.2) Massa Magra: _____ kg

VI.10.3) Água corporal total: _____ L

VI.10.4) Água Intracelular: _____ L VII.10.4.1) Percentual de água intracelular: _____

VI.10.5) Água Extracelular: _____ L VII.10.5.1) Percentual de água extracelular: _____

VI.10.6) Reatância: _____

VI.10.7) Resistência: _____

VI.10.8) Capacitância: _____

VI.10.9) Ângulo de fase: _____

VII) HISTÓRICO DO ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL E ADESÃO

VII.1) Alguma vez na vida, em uma consulta no Centro de Saúde e/ou Academia da Cidade, algum profissional (médico, enfermeiro, nutricionista...) lhe disse que o(a) Sr.(a) deveria melhorar/mudar seu consumo de óleos e gorduras para melhorar a sua saúde?

(0) Não (1) Sim ☞ Se não, vá para a questão VI.6

VII.1.1) Se sim, qual(is) profissional(is):

(1) Médico(a) (2) Enfermeiro(a)

(3) Aux. Enfermagem (4) Agente Comunitário de Saúde

(5) Nutricionista do NASF (6) Estagiário(a) de nutrição

(8) Outros: _____

(9) Não respondeu

(88) Não se aplica

VII.2) Com relação às orientações propostas para mudança do seu consumo de óleos e gorduras, você:

- (1) Realiza todas as orientações recebidas
- (2) Realiza as orientações por algum tempo, mas as abandona
- (3) Segue apenas algumas orientações propostas
- (4) Tenta seguir as orientações, mas não consegue ☞ **Entrevistador, vá para a questão VI.5**
- (5) Não tentou seguir nenhuma orientação ☞ **Entrevistador, vá para a questão VI.5**
- (6) Outras: _____

VII.3) Você sentiu algum benefício para a sua saúde desde que mudança do seu consumo de óleos e gorduras?

- (0) Não (1) Sim ☞ *Se não, vá para a questão VI.5*

VII.3.1) Se sim, qual(is) foi(ram) o(s) benefício(s):

- (1) Redução do peso
- (2) Maior disposição
- (3) Melhora no funcionamento intestinal
- (4) Melhora nos exames laboratoriais
- (5) Melhora da saúde
- (6) Redução da dose ou retirada de medicamentos
- (7) Outros: _____
- (88) Não se aplica
- (9) Não respondeu

VII.4) Que dificuldade impediu que você seguisse total ou parcialmente as orientações propostas pelos profissionais do centro de saúde e/ou da Academia da Cidade sobre redução do seu consumo de óleos e gorduras?

- (1) Dificuldade para mudar hábitos
- (2) Dificuldades financeiras
- (3) Dificuldade para controlar impulsos alimentares
- (4) Realiza refeições fora de casa
- (5) Dificuldades em fazer preparações mais saudáveis
- (6) Falta de tempo para se alimentar adequadamente
- (10) Falta de apoio familiar
- (11) Desconhece os malefícios da alimentação rica em óleos e gorduras
- (12) Sente prazer ao se alimentar com alimentos ricos em óleos e gorduras
- (13) Não considera as mudanças importantes para sua saúde
- (7) Outro: _____
- (77) Não sabe
- (88) Não se aplica
- (9) Não respondeu

VII.5) Você já participou de alguma atividade de nutrição? (0) Não (1) Sim

VI.5.1) Se sim, onde você participou?

- (1) Academia da Cidade
- (2) Grupo da Terceira Idade
- (3) Centro de saúde – Equipe de Nutrição
- (4) Grupo NASF
- (5) Grupo Operativo - Equipe de Saúde da Família
- (6) Outro: _____
- (88) Não se aplica
- (9) Não respondeu

VII.5.2) Qual atividade? (0) Atendimento individual (1) Atendimento em grupo
(2) Sala de espera (8) Não se aplica

VII.6) Nos últimos 6 meses, quantas vezes você faltou as aulas na Academia da Cidade? _____

VIII) SATISFAÇÃO COM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE LOCAL

VIII.1) Com relação ao atendimento médico no Centro de Saúde você está: *Entrevistador: leia as opções*

- (1) Muito satisfeito (3) Indiferente (5) Muito insatisfeito (8) Não se aplica
- (2) Satisfeito (4) Insatisfeito (7) Não sabe (9) Não respondeu

VIII.1.1) Com relação ao tempo de espera para marcação do serviço médico no Centro de Saúde você está: *Entrevistador: leia as opções*

- (1) Muito satisfeito (3) Indiferente (5) Muito insatisfeito (8) Não se aplica
- (2) Satisfeito (4) Insatisfeito (7) Não sabe (9) Não respondeu

VIII.1.2) Com relação ao tempo de espera para atendimento do serviço médico e de enfermagem no Centro de Saúde você está: *Entrevistador: leia as opções*

- (1) Muito satisfeito (3) Indiferente (5) Muito insatisfeito (8) Não se aplica
- (2) Satisfeito (4) Insatisfeito (7) Não sabe (9) Não respondeu

VIII.2) Com relação ao atendimento de enfermagem no Centro de Saúde você está: *Entrevistador: leia as opções*

- (1) Muito satisfeito (3) Indiferente (5) Muito insatisfeito (8) Não se aplica
- (2) Satisfeito (4) Insatisfeito (7) Não sabe (9) Não respondeu

VIII.2.1) Com relação ao tempo de espera para atendimento do serviço de enfermagem no Centro de Saúde você está: *Entrevistador: leia as opções*

- (1) Muito satisfeito (3) Indiferente (5) Muito insatisfeito (8) Não se aplica
- (2) Satisfeito (4) Insatisfeito (7) Não sabe (9) Não respondeu

VIII.3) Com relação ao atendimento nutricional no Centro de Saúde você está: *Entrevistador: leia as opções*

- (1) Muito satisfeito (3) Indiferente (5) Muito insatisfeito (8) Não se aplica
(2) Satisfeito (4) Insatisfeito (7) Não sabe (9) Não respondeu

VIII.3.1) Com relação ao tempo de espera para marcação do atendimento nutricional no Centro de Saúde você está: *Entrevistador: leia as opções*

- (1) Muito satisfeito (3) Indiferente (5) Muito insatisfeito (8) Não se aplica
(2) Satisfeito (4) Insatisfeito (7) Não sabe (9) Não respondeu

VIII.3.2) Com relação ao tempo de espera para atendimento do atendimento nutricional no Centro de Saúde você está: *Entrevistador: leia as opções*

- (1) Muito satisfeito (3) Indiferente (5) Muito insatisfeito (8) Não se aplica
(2) Satisfeito (4) Insatisfeito (7) Não sabe (9) Não respondeu

VIII.4) Com relação ao atendimento da educação física na Academia da Cidade você está: *Entrevistador: leia as opções*

- (1) Muito satisfeito (3) Indiferente (5) Muito insatisfeito (8) Não se aplica
(2) Satisfeito (4) Insatisfeito (7) Não sabe (9) Não respondeu

VIII.5) Com relação ao atendimento nutricional em grupo e individual na Academia da Cidade você está: *Entrevistador: leia as opções*

- (1) Muito satisfeito (3) Indiferente (5) Muito insatisfeito (8) Não se aplica
(2) Satisfeito (4) Insatisfeito (7) Não sabe (9) Não respondeu

VIII.5.1) Com relação ao tempo de espera para marcação do atendimento nutricional na Academia da Cidade você está: *Entrevistador: leia as opções*

- (1) Muito satisfeito (3) Indiferente (5) Muito insatisfeito (8) Não se aplica
(2) Satisfeito (4) Insatisfeito (7) Não sabe (9) Não respondeu

VIII.5.2) Com relação ao tempo de espera para atendimento do atendimento nutricional na Academia da Cidade você está: *Entrevistador: leia as opções*

- (1) Muito satisfeito (3) Indiferente (5) Muito insatisfeito (8) Não se aplica
(2) Satisfeito (4) Insatisfeito (7) Não sabe (9) Não respondeu

VIII.6) No acompanhamento nutricional no centro de saúde: *Entrevistador: leia as opções*

- (1) Suas dúvidas sobre alimentação foram esclarecidas (8) Não se aplica
(2) Parte de suas dúvidas sobre alimentação foi esclarecida (9) Não respondeu
(3) Suas dúvidas sobre alimentação não foram esclarecidas

VIII.7) Na Academia da Cidade: *Entrevistador: leia as opções*

- (1) Suas dúvidas sobre atividade física foram esclarecidas (8) Não se aplica
(2) Parte de suas dúvidas sobre atividade física foi esclarecida (9) Não respondeu
(3) Suas dúvidas sobre atividade física não foram esclarecidas

VIII.7) No atendimento nutricional individual ou em grupo na Academia da Cidade: *Entrevistador: leia as opções*

- (1) Suas dúvidas sobre alimentação foram esclarecidas (8) Não se aplica
- (2) Parte de suas dúvidas sobre alimentação foi esclarecida (9) Não respondeu
- (3) Suas dúvidas sobre alimentação não foram esclarecidas

IX) QUALIDADE DE VIDA

Por favor, em cada questão, veja o que você acha e me diga a opção que lhe parece a melhor resposta.

IX.1) Como o(a) senhor(a) avaliaria sua qualidade de vida?

- (1) Muito ruim (2) Ruim (3) nem ruim nem boa
- (4) Boa (5) Muito boa (7) Não Sabe (9) Não respondeu

IX.2) O quanto satisfeito(a) o(a) senhor(a) está com sua saúde?

- (1) Muito insatisfeito (4) Satisfeito (9) Não respondeu
- (2) Insatisfeito (5) Muito satisfeito
- (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (7) Não Sabe

X) MORBIDADE PSIQUIÁTRICA

X.1) Em média, quantas horas o(a) senhor(a) dorme por noite?

- _____ horas (7) Não Sabe (9) Não respondeu

X.2) Geralmente o(a) senhor(a) dorme bem? (0) Não (1) Sim

X.3) Já utilizou ou usa remédio para dormir ou acalmar os nervos? (0) Não (1) Sim

X.4) Atualmente o(a) Senhor(a) recebe tratamento para nervosismo ou doença mental?

- (0) Não (1) Sim

APÊNDICE B - Contrato de Participação e Assiduidade

Caro participante,

A equipe do projeto “Desenvolvimento de Intervenções Nutricionais realizadas nas Academias da Cidade pertencentes ao Projeto BH Saúde – Belo Horizonte-MG”, anteriormente apresentado, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, vem, por meio deste, solicitar o comprometimento com a participação e assiduidade nas atividades que se iniciam.

Sendo assim, firma-se o seguinte contrato:

Eu, _____, concordo em participar assiduamente das atividades em grupo do projeto na Academia Cidade Mariano de Abreu de novembro de 2009 a abril de 2009, a cada 15 dias, com duração de uma hora e 15 minutos. Comprometo-me também, respeito e sigilo em relação a tudo que for comentado pelos participantes, respeito à opinião individual, aguardar minha vez de falar, falar com clareza e objetividade, não interromper os outros e sempre que possível empenho e participação nas atividades.

Se houver alguma informação que deseje receber, o telefone de contato é (0xx31 – 3409-9179).

Assinatura _____

Assinatura da testemunha _____

Data: ___/___/_____

Aline Cristine Souza Lopes – Coordenadora da Pesquisa

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

APÊNDICE C - Questionário do Observador

Avaliação do observador

Oficina: _____

Data: ____/____/____

Observar:

1) Clima da reunião (fluiu bem, houve algum problema):

2) Houve algum momento que indicasse a presença de confusão/dilemas e/ou problematização? Qual?

3) Houve alguma abordagem que se apresentou contraditória? Qual?

4) Dúvidas que surgiram:

5) Havia muitos dispersos e /ou desinteressados? Quantos aproximadamente? (Se não, vá para questão 6)

5.1) Em algum momento eles se interessaram, ou o tema realmente não lhes chamou a atenção?

6) Houve participação dos usuários?

Em que intensidade? () Intensa () Moderada () Fraca

7) Por desinteresse, um número importante de usuários se ausentou durante a atividade?

8) Clima do encerramento: Foi possível perceber satisfação dos usuários? Houve comentários?

9) Observações:

10) Número médio de usuários:

no início da oficina: _____

no meio da oficina: _____

no final da oficina: _____

11) No geral, a partir das respostas acima, você considera que a receptividade dos usuários foi:

(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito Ruim

12) O Objetivo da Oficina foi alcançado? Por quê?
