Universidade de São Paulo
Escola Superior de Agricultura "Luiz de Queiroz"

A educação nutricional e sua prática em grupo: um estudo de caso

Simone Ometto

**Dissertação apresentada para obtenção do título de
Mestre em Ciência. Área de concentração: Ciência e
Tecnologia de Alimentos**

Piracicaba

2006

Simone Ometto

Nutricionista

A educação nutricional e sua prática em grupo: um estudo de caso

Orientadora:

Prof^a Dra. MARIA ANGÉLICA PENATTI PIPITONE

**Dissertação apresentada para obtenção do título de
Mestre em Ciência. Área de concentração: Ciência e
Tecnologia de Alimentos.**

Piracicaba

2006

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - ESALQ/USP

Ometto, Simone

A educação nutricional e sua prática em grupo: um estudo de caso / Simone Ometto. - -
Piracicaba, 2006.
113 p.

Dissertação (Mestrado) - - Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, 2006.

1. Educação nutricional 2. Estudo de caso 3. Prática de grupo I. Título

CDD 642.5

"Permitida a cópia total ou parcial deste documento, desde que citada a fonte – O autor"

*“Estrela singular
Da luz do amor nascida.
Antieclipse lunar da minha vida.
A cada passo teu
Segue meu coração,
Por entre os móveis,
Calçadas, parques e avenidas...”*
(Toquinho)

A você, minha amada filha Clara

Dedico

Agradecimentos

A todos da minha família, em especial à minha mãe, que sempre me estimula e encoraja no caminho do aprendizado por meio de seu amor e exemplo, e ao meu marido Alexandre pelo constante incentivo e auxílio que me foram tão importantes no decorrer deste trabalho.

A Profa. Dra. Maria Angélica Penatti Pipitone pela orientação pronta e tranqüila a esta dissertação e pelos conhecimentos compartilhados, que sem dúvida, contribuíram muito para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos professores, funcionários e amigos do Departamento de Agroindústria, Alimentos e Nutrição.

Aos colaboradores da organização estudada que contribuíram para os estudos de caso.

A bibliotecária Beatriz Helena Giongo pela atenção no atendimento e pela cuidadosa revisão do trabalho.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a execução deste trabalho.

A Deus pela Sua presença constante em minha vida.

“Quando a criança aprende a andar, a mãe não discorre nem demonstra: ela não ensina o andar, ela não o representa (não anda diante da criança): ela sustenta, encoraja, chama (recua e chama): ela incita e cerca: a criança pede a mãe e a mãe deseja o andar da criança”.
(Barthes)

“O que está em jogo não é a transmissão daquilo que se inventa, mas antes a transmissão do poder de inventar”.
(Juan David Nasio)

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 Obesidade	12
2.1.1 Conceitos, causas e fatores preventivos	12
2.2 Hábitos alimentares e fatores influenciadores	16
2.3 Influência dos alimentos industrializados e da mídia nas mudanças do padrão alimentar da sociedade	24
2.4 Uma reflexão sobre o binômio dieta-saúde: o posicionamento da indústria de alimentos e a educação nutricional	29
2.5 A educação nutricional dirigida a grupos de pessoas	31
2.5.1 Classificação geral dos grupos	31
2.5.2 Atributos principais para um coordenador, aconselhador e/ou educador ao trabalhar com grupos	32
2.5.3 Grupos de educação nutricional	36
2.6 Reflexões sobre as abordagens educativas e suas implicações na educação nutricional	39
3 OBJETIVO	49
4 MÉTODO	50
4.1 Método de pesquisa	50
4.2 Delineamento da pesquisa	51
4.2.1 Planejamento do estudo de caso.	51
4.2.2 Tipos de projetos para a estratégia de estudo de caso	52
4.2.3 Habilidades desejáveis para um pesquisador de estudo de caso	53
4.2.4 Coleta de evidências	54
4.2.5 Relatório do estudo de caso	54
5 RESULTADOS	55
5.1 Primeira visita: estrutura e organização do grupo	55

5.2	Segunda visita: detalhamento da palestra	58
5.3	Terceira visita: detalhamento da palestra	59
5.4	Quarta visita: detalhamento da palestra	60
5.5	Proposta de ação para a educação nutricional	62
6	DISCUSSÃO	73
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
	REFERÊNCIAS	87
	ANEXOS	99

RESUMO

A educação nutricional e sua prática em grupo: um estudo de caso

A educação nutricional constitui uma ferramenta que vincula a educação à saúde ao representar a união de aprendizagem, conhecimentos, atitudes e aptidões para melhoria da qualidade de vida e conseqüente prevenção de doenças. Contudo, encontram-se poucos acervos de pesquisas sobre vivências e práticas de aprendizagem no âmbito da educação nutricional. Este trabalho realizou-se em três etapas. A primeira correspondeu a uma revisão bibliográfica referente basicamente aos temas educação, mudança de comportamento, nutrição e trabalho em grupo. Com esta revisão foi possível reunir o conhecimento básico necessário para a etapa seguinte. A segunda etapa foi a execução do estudo de caso de um grupo de reeducação alimentar no município de Piracicaba-SP. A terceira etapa consistiu na discussão e análise do estudo de caso realizado, com base nas abordagens educacionais e suas possíveis implicações no âmbito nutricional, o que resultou em subsídios úteis para uma proposta de ação em educação nutricional. O método de pesquisa utilizado foi o estudo de caso do tipo exploratório. A partir da análise do estudo de caso realizado, constatou-se que a estrutura do grupo, quanto a educação nutricional, baseou-se em uma abordagem tradicional, pois o grupo de reeducação manteve um enfoque centrado na imposição de normas e regras a serem seguidas, em detrimento à reflexão. Concluiu-se que a forma de condução do grupo estudado não contemplou uma abordagem educacional efetiva, isto é, baseada no despertar da consciência crítica acerca da alimentação e seus agravantes. Essa lacuna constatada poderia prejudicar a sustentabilidade da mudança alimentar nos participantes no médio e longo prazo.

Palavras-chave: Educação; Nutricional; Estudo de caso; Grupo

ABSTRACT

The nutritional education and its practical in group: a case study

The nutritional education constitutes a tool that links the education to the health, because represents the union of learning, knowledge, attitudes and aptitudes for improvement of the quality of life and prevention of diseases. However, there is a few of research papers about practices of learning in the scope of the nutritional education. This work was made in three stages. The first one was about bibliographical revision of following subjects: education, change of behavior, nutrition and work in group. Based on this revision it was possible to congregate the necessary basic knowledge for the following stage. The second stage was the execution of a case study of a re-education group of losing weight, in the city of Piracicaba-SP, Brazil. The last stage of the work was the discussion and the analysis of the study case, basing on issues about educational and the possible implications in the nutritional scope, closing the work with a proposal of action for nutritional education. It was used the study of case as the method of research, an exploratory type one. Analyzing the study case, it was possible to observe that the structure of nutritional education of the re-education group was based on a traditional boarding, because it take approaches centered in the imposition of norms and rules to be followed, taking a few consideration about reflection. The study made concluded that the way of conduction of the studied group did not contemplate an effective educational approach, not based in the wakening of the critical conscience concerning the feeding and its aggravations. This evidenced gap could harm the maintenance of the alimentary change in the group's participants at the medium and long period.

Key words: Education; Nutritional; Case study; Group

1 INTRODUÇÃO

O crescimento da obesidade e outras doenças correlacionadas tem sido motivo de preocupação na área de saúde e a conscientização da população sobre alimentação saudável torna-se fundamental para prevenir e modificar este quadro. Há um reconhecimento social da importância da dieta na determinação do processo saúde-doença. Dessa forma, a educação nutricional pode ser considerada um componente importante da maioria dos programas de promoção e manutenção da saúde e de prevenção de doenças, sendo necessário a sua incorporação em todos os sistemas educacionais (SANTOS, 2002; SCHWARTZMAN E TEIXEIRA, 1998).

O crescimento da obesidade pode ser observado tanto em crianças como em adolescentes, a exemplo do que vem ocorrendo com o grupamento de adultos. Existe uma relação desse aumento com as mudanças, em particular verificada entre a população das grandes cidades, e transformações econômicas ocorridas nos últimos anos, especialmente aquelas que envolvem prática de hábitos alimentares e estilo de vida típicos de países desenvolvidos, aliados a um aumento de sedentarismo (LAMOUNIER, 2000).

A demanda por orientação alimentar tem crescido significativamente, em função do diagnóstico precoce das doenças crônicas e do reconhecimento da influência da alimentação sobre elas. O sobrepeso e a obesidade são fatores de risco para as doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes *mellitus*, osteoartrite, câncer de mama, de endométrio e de cólon. Com isso, a procura por atendimento nutricional torna-se crescente. Segundo Boog (1997), serviços de saúde que contam com nutricionistas são muito procurados atualmente, pela percepção que é preciso reeducar-se para tornar a alimentação mais adequada e isso, segundo a autora, não é mais visto como uma imposição, mas como uma chance de ganhar mais vida com qualidade. A ciência da nutrição nos traz conhecimentos que devem ser postos em prática, sendo devidamente trabalhados por profissionais que não limitam suas orientações apenas no campo biológico.

Não parece haver dúvidas sobre a importância da educação nutricional no contexto da promoção das práticas alimentares saudáveis. No entanto, segundo Santos (2005), as reflexões sobre suas possibilidades e limites, como também o modo como ela é concebida, ainda são escassas.

Outro ponto a se considerar diz respeito à qualidade das informações sobre alimentação e nutrição que chegam à população, as quais podem ter influência sobre o conhecimento

nutricional e, indiretamente, sobre o comportamento alimentar e a saúde.

Boog (1996), discutindo a educação nutricional, ressalta que uma abordagem pragmática que apenas instrui sobre como proceder, escamoteando os conflitos, ignorando as contradições, reduzindo o fenômeno da alimentação ao que comer, o que comprar e como preparar não pode resultar eficaz, na medida em que leva o educando a proceder mecanicamente seguindo o pensar do educador, e destituindo o seu comer dos significados a ela inerentes.

É necessário buscar junto com o cliente, estratégias para solucionar problemas relativos ao comportamento alimentar, que englobam práticas alimentares inadequadas levantadas a partir da história alimentar, dos dados clínicos, bioquímicos ou antropométricos do cliente, assim como qualquer questão subjetiva trazida por ele, como a dúvida, a ansiedade e a insegurança quanto aos efeitos dos alimentos ou nutrientes sobre o organismo, percebidos como sinais ou sintomas (RODRIGUES et al. 2005).

A prática do “modelo médico” (compreendida como aquela em que o cliente segue as orientações do profissional que o atende), torna-se cada vez mais insatisfatória para o cliente, o que gera uma resistência e conseqüente, adesão à dieta.

A procura por grupo de reeducação alimentar torna-se atualmente uma opção crescente e satisfatória para o cliente na medida em que promova um atendimento humanizado por meio de uma educação baseada na conscientização. Os conhecimentos acerca da dieta não devem ser priorizados, mas, sobretudo introduzidos num contexto mais amplo que favoreça a discussão dos problemas alimentares.

Com base nas considerações apresentadas, os objetivos desta pesquisa foram principalmente identificar, conhecer e analisar a estrutura, o funcionamento e os objetivos de um grupo de reeducação alimentar, localizado na cidade de Piracicaba e verificar em que medida este programa atende aos pressupostos da educação nutricional, vista como um conjunto de ações educativas permeadas por conhecimentos da ciência da nutrição, devidamente trabalhadas por quem conhece os aspectos ligados à alimentação não apenas no sentido biológico, mas também cultural, econômico e social.

O interesse no método de estudo de caso veio ao encontro da necessidade em conhecer detalhadamente como o grupo funciona e se posiciona perante seus objetivos e metas para conseguir o emagrecimento das pessoas que o procuram.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Obesidade

2.1.1 Conceitos, causas e fatores preventivos.

Segundo Fisberg (1995), a obesidade pode ser considerada como um acúmulo de tecido gorduroso, regionalizado ou em todo o corpo, causado por doenças genéticas ou endócrino-metabólicas ou ainda por alterações nutricionais. A obesidade exógena ou nutricional reflete um excesso de gordura decorrente de um balanço positivo de energia entre a ingestão e o gasto energético, sendo responsável por cerca de 95% dos casos de obesidade.

Motta (1993), descreve a obesidade como uma síndrome que além de envolver alterações fisiológicas, bioquímicas, metabólicas e anatômicas, envolve também alterações psicológicas e sociais.

Atualmente, a obesidade é considerada uma doença comum (aproximadamente 250 milhões de pessoas obesas e 500 milhões de pessoas com sobrepeso no mundo) e está substituindo a subnutrição e as doenças infecciosas, sendo a doença que mais cresce e causa danos à saúde, podendo levar a conseqüências gravíssimas (Pérusse, 2002). Em estudo recente Speakman (2004) enfatizou ser a obesidade um dos mais sérios assuntos mundiais de saúde.

Este fato é ainda mais preocupante tendo em vista que o excesso de gordura corporal, especialmente aquele concentrado na região abdominal, está diretamente relacionado com alterações do perfil lipídico, hiperinsulinemia e com o aumento da pressão arterial, considerados fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas como diabetes *mellitus* e doenças cardiovasculares. Constata-se também que a obesidade tem uma grande relação com o risco de alguns tipos de cânceres como de mamas, útero, próstata e cólon (FISBERG et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2004; PÉRUSSE, 2002; MONTEIRO et al., 2001).

Sabe-se que a obesidade está aumentando no mundo todo e atualmente está se tornando um problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo que os dois fatores mais associados com o aparecimento da obesidade são o estilo de vida sedentário e dietas altas em densidade energética (MONTEIRO et al., 2001).

Segundo Pérusse (2002), a etiologia da obesidade é multifatorial. Estima-se que sua prevalência seja aproximadamente duas vezes maior em famílias de obesos que na população em

geral. Entretanto, atualmente constata-se que os principais fatores responsáveis pela obesidade encontram-se no nosso meio ambiente (embora a obesidade apresente componentes genéticos) que promove o desenvolvimento dessa condição por meio do excesso da ingestão de alimentos e da redução da atividade física. Hays et al. (2002), relatam o comportamento alimentar como um importante fator para a prevalência da obesidade.

Castro et al. (2002), também relatam que o aparecimento da obesidade não se atribui apenas a fatores genéticos, mas também a hábitos familiares como de escolha de quantidade e qualidade dos alimentos consumidos. O consumo de alimentos ricos em energia e gorduras extrapola o gasto corporal de calorias, ocorrendo o acúmulo de gorduras, aumentando o tecido adiposo. Mas não é somente o excesso ingerido que facilita o ganho de peso, mas também muitos alimentos que não se comem e que estão implicados nesses processos: os alimentos protetores e preventivos, especialmente hortaliças, legumes e frutas que por conterem fibras solúveis e insolúveis, além de substâncias antioxidantes equilibram o funcionamento gastrointestinal e as defesas celulares. Dessa forma, tornam-se amplos e complexos os fatores que predis põem ao risco de obesidade.

Sendo o meio ambiente, uma causa importante na prevalência da obesidade (seguido de fatores como nível sócio econômico e educação), os fatores mais promissores para melhorar a saúde e o bem estar de todos são a ênfase na prevenção do ganho de peso e no desenvolvimento de estratégias para promover mudanças ambientais saudáveis. Também seria útil a realização de um trabalho com especialistas e fabricantes de alimentos para que se desenvolvessem opções de alimentos, e os governos, poderiam oferecer subsídios para alimentos saudáveis. Com relação à prática de atividade física, estratégias deveriam ser tomadas para deixar o meio ambiente mais seguro oferecendo áreas para caminhar, correr e andar de bicicleta. A educação e programas educativos sobre alimentação deveriam ser mais incentivados, dando-se atenção especial às crianças e um grande estímulo para que elas continuem seus estudos (Pérusse, 2002).

Segundo Monteiro (1995), atualmente se vive uma transição nutricional no Brasil que resulta de modificações na estrutura da dieta dos indivíduos e que se correlaciona a mudanças econômicas, sociais, demográficas e relacionadas à saúde. Os jovens estão mudando mais rapidamente seus hábitos alimentares, portanto, o predomínio de dietas inadequadas e o aumento da obesidade tendem a crescer. Por outro lado, a desnutrição, embora ainda relevante, particularmente em crianças de famílias de baixa renda, vem diminuindo em todas as idades e em todos os estratos econômicos. Já o aumento da obesidade entre os adultos ocorre em todos os

estratos econômicos, com aumento proporcional mais elevado nas famílias de baixa renda.

Cabe destacar que a obesidade também é uma forma de má-nutrição, que pode estar associada ao surgimento de diversas co-morbidades. Estudos reafirmam que a desnutrição crônica altera a regulação dos mecanismos fisiológicos de conservação de energia e depósito de gordura, o que contribui para a obesidade na vida adulta. A presença de indivíduos obesos e outros desnutridos em uma mesma família, bem como de meninas adolescentes com baixa altura (decorrente de desnutrição na infância) e obesas, são situações a princípio incompatíveis. A explicação para esse processo poderia estar nos mecanismos que o organismo dispõe para controlar o gasto energético. O ser humano ao se deparar com episódios frequentes de fome, utiliza mecanismos fisiológicos para poupar energia e acumular gordura. Desse modo, a gordura passa a representar um “grande armazém energético” do corpo, garantindo a sobrevivência em períodos de fome (SAWAYA et al. 2003).

No Brasil, observa-se aumento da prevalência da obesidade em praticamente todos os estratos de idade e ainda pode-se constatar tendência de concentração entre indivíduos de classes sociais menos favorecidas (MONTEIRO et al., 2003). Motta (1993), relata que o sobrepeso e, principalmente, a obesidade afetam, proporcionalmente, mais mulheres do que homens.

Uma das pesquisas visando descrever a situação no tocante ao sobrepeso e obesidade identificou elevada prevalência de sobrepeso em populações residentes no meio rural, especialmente mulheres. De acordo com os autores, tal situação possivelmente associa-se às alterações no modo de vida da população, refletindo o perfil epidemiológico de transição (MARINHO et al., 2003).

Com relação ainda à transição nutricional no Brasil, o trabalho de Marinho et al. (2003) sugere, que o crescimento da obesidade nas famílias mais pobres seja causado principalmente pelo consumo de dietas de alta densidade energética, por serem mais baratas, sendo que atividades como o lazer, restringe-se praticamente a assistir programas de televisão, tornando-as sedentárias.

Para Marinho et al. (2003), embora a etiologia da obesidade seja bastante complexa, a teoria da transição nutricional procura explicá-la como resultante de mudanças nos padrões alimentares aliadas ao desenvolvimento tecnológico, o qual teria levado o homem ao menor dispêndio energético na sua sobrevivência. Assim dietas com alto conteúdo energético e o sedentarismo estariam na etiologia da obesidade. Nesse mesmo estudo, foi realizado um levantamento sobre a prevalência da obesidade em ambos os sexos, e dos 360 homens e das 422

mulheres que participaram, as prevalências foram respectivamente, de 5,6% e 21% ($p < 0,05$).

Essas rápidas mudanças que ocorreram no padrão alimentar e no estilo de vida da população decorrente principalmente da urbanização, desenvolvimento econômico e globalização do mercado, têm como conseqüências positivas, elevação da disponibilidade de alimentos e sua maior diversificação, aliada à melhoria dos instrumentos de trabalho, como a mecanização e automação. Por outro lado, foram observadas também conseqüências negativas importantes relacionadas ao sedentarismo, que se destaca pelo aumento no consumo de gorduras, açúcares e cereais refinados e pela redução no consumo de carboidratos complexos e fontes de fibras, resultando no surgimento de um número expressivo de doenças crônicas (MARINHO et al., 2003).

Motta (1993), alerta que as conseqüências negativas da obesidade à saúde englobam desde problemas psicológicos decorrentes dos padrões estéticos prevalentes, até o aumento da incidência e/ou agravamento de doenças.

Andrade e Bosi (2003), questionam o preconceito contra a obesidade nas sociedades ocidentais onde o culto à magreza está diretamente associado à imagem de poder, beleza e mobilidade social, gerando um quadro contraditório, “esquizofrenizante”, onde esses padrões estéticos alimentados pela mídia escrita e televisiva deslocam-se para a apelativa indústria de alimentos que “vende” gordura e para a sociedade que “cobra” magreza.

As práticas alimentares contemporâneas têm sido objeto de preocupação das ciências da saúde e da alimentação desde que os estudos epidemiológicos passaram a sinalizar a relação entre dieta e doenças crônicas associadas à alimentação. A obesidade se tornou uma epidemia sendo a segunda causa de morte, perdendo apenas para o tabagismo (OMS, 2003).

A Organização para a Alimentação e Agricultura (FAO) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), iniciaram em 2003 um relatório pericial e independente sobre a dieta alimentar que servirá de base para o desenvolvimento da estratégia mundial para o combate ao crescente fardo de doenças crônicas. Esse relatório pericial contém as melhores e mais atuais evidências científicas disponíveis, sobre a relação entre dieta alimentar, nutrição e atividade física na prevenção de doenças crônicas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), as doenças crônicas estão aumentando rapidamente; no ano de 2001, estas contribuíam com aproximadamente 59% do total de 56,5 milhões de mortes oficialmente conhecidas em nível mundial. O relatório concluiu que uma dieta alimentar com poucas gorduras saturadas, pouco açúcar e sal e muitos legumes e frutas, aliada a uma atividade física regular terá um impacto no

combate a esta alta taxa de mortalidade e na prevenção de doenças.

As agências afirmam que todos os países devem agir com mais firmeza na tomada de decisões no que concerne esta questão, para poderem prevenir as doenças crônicas, encorajando a população a ter uma alimentação mais saudável e a adotar comportamentos que incluam a prática com regularidade de atividade física (OMS, 2003).

A educação sobre os alimentos e hábitos alimentares é um componente essencial para os pacientes com sobrepeso, podendo facilitar o controle de peso, existindo várias razões que justificam a instituição de um programa de prevenção de obesidade em escolas (WHO, 1998).

A publicação intitulada *Dietary Guidelines for Americans* de 2005, também confere destaque à importância da dieta e também da atividade física na promoção da saúde e na redução do risco de doenças crônicas. No referido documento, são registrados aconselhamentos relativos à prática regular diária de atividade física moderada, por pelo menos 30 minutos (Blackburn; Waltman, 2005).

Elevada proporção da população mundial não pratica atividade física suficiente para manter a saúde física e mental. No Brasil, o Programa “Agita São Paulo”, lançado em 1997, foi elaborado com vistas ao estímulo para o aumento da atividade física, tendo como alvo cerca de 36 milhões de pessoas. Mais recentemente, o programa incluiu objetivos específicos para o alcance também das crianças e adolescentes, além de expandir-se por outras regiões do Brasil (FISBERG et al., 2004).

De acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2004) publicada pelo Ministério da Saúde – MS (2004), a prática regular de atividade física é reconhecida pela OMS como um fator tão importante na proteção da saúde quanto à alimentação saudável. O documento enfatiza que, dados do MS (2002), revelam que cerca de 70% da população brasileira pratica pouca ou quase nenhuma atividade física.

Vale registrar que de acordo com a edição revisada do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2005b), destaca-se o papel dos órgãos governamentais para a implantação de espaços destinados à prática de atividades físicas, especialmente nas comunidades urbanas.

2.2 Hábitos alimentares e fatores influenciadores

Desde a origem do homem na Terra, a alimentação tem sido uma das suas maiores

preocupações. O homem primitivo era um permanente “caçador” de alimento; passava quase toda sua vida buscando-o para a sobrevivência, orientado por seus instintos. A capacidade mental do homem foi-se desenvolvendo, e com o passar do tempo, conseguiu maior domínio sobre a natureza, armazenando os alimentos que colhia, caçava e pescava e, finalmente, plantando, criando, transformando (BOOG et al., 1985).

O homem primitivo viveu e se reproduziu sem conhecer nutrição e mantinha suas perspectivas de vida diminuídas em função de sua ignorância. Atualmente, a ciência da nutrição torna-se cada vez mais importante, na medida em que, seu conhecimento pode aumentar a expectativa de vida da população (CAMARGO, 1984).

Segundo Fisberg et al. (2000), a formação dos hábitos alimentares é influenciada por uma série de fatores, tais como, fisiológicos, psicológicos, socioculturais e econômicos. A aquisição dos hábitos ocorre à medida que a criança cresce até o momento em que terá relativa independência para escolher os alimentos que integrarão a sua dieta.

Nesse caminho de crescimento, a criança aprenderá sobre seus hábitos alimentares por meio da influência de vários fatores, principalmente, a da família.

De acordo com Gambardella et al. (2000), a família é a primeira instituição que tem ação direta sobre os hábitos do indivíduo, à medida que se responsabiliza pela compra e preparo de alimentos em casa, transmitindo dessa forma seus hábitos alimentares às crianças. Nisso, também concordam Castro et al. (2002), ao afirmar que, as escolhas alimentares, principalmente de crianças, se atribuem a hábitos familiares.

Segundo a OMS (2003) os maus hábitos alimentares estão associados a diversos prejuízos à saúde, entre eles, a obesidade; doença que além de ter se tornado uma epidemia na população adulta, está se tornando progressivamente prevalente, em adultos jovens e crianças.

Na fase da adolescência, vários fatores tornam-se influenciadores nos hábitos alimentares. Tais como influência da propaganda, principalmente veiculada pela rede de televisão, motivações dos grupos de amigos, tendência típica da idade de negligenciar normas (como por exemplo, os horários das refeições).

Atualmente, um dos principais agravantes que influencia a obesidade infantil e na fase da adolescência, é a televisão, que segundo Almeida et al. (2002), atua despertando na criança escolhas alimentares muitas vezes inadequadas. Boog et al. (1985), também citam a televisão como um veículo manipulador do comportamento alimentar, principalmente infantil.

Segundo Macedo (2003), o que determina as escolhas alimentares das crianças é a forma

como os alimentos lhe são apresentados pelos membros da família e também se os alimentos são ou não consumidos pelos heróis da televisão. Os alimentos consumidos por esses heróis são quase sempre representados por alimentos ricos em gorduras, óleos, açúcares e doces e uma completa ausência de frutas e hortaliças, o que torna o fato preocupante já que as crianças passam grande parte do tempo assistindo à televisão. Segundo Zavaschi (2004), uma pesquisa recente indicou que as crianças norte-americanas assistiam em média de 21 a 23 horas semanais de televisão e projetava que, se mantivessem essas médias, chegariam aos 70 anos, tendo permanecido de 7 a 10 anos diante da tela e no Brasil, adolescentes passam cerca de cinco horas diárias diante da televisão.

Ainda analisando a influência da televisão e suas propagandas sobre a criança e a interferência da família, Kapferer (2003), relata que condições como o meio social, o clima afetivo na família, os valores familiares, o ambiente intelectual e o sistema de normas interferem no pedido da criança pelo produto anunciado na televisão. Assim, de uma criança para outra, os efeitos da publicidade poderão não ser os mesmos e que sendo igual o seu desejo, certas crianças manifestam-no abertamente aos pais e outras não, já que conhecem as normas paternas, as regras de decisão dos respectivos pais, e sabem avaliar a probabilidade de êxito dos pedidos que fazem. A isso o autor chama de “filtro familiar”.

Assim como o comportamento alimentar e a formação de hábitos alimentares têm suas bases fixadas na infância, transmitidas pela família, a frequência com que os pais adotam e preservam hábitos alimentares saudáveis pode estar associada à ingestão alimentar e repercutir em longo prazo sobre o desenvolvimento do consumo de alimentos dos filhos (DAVANÇO; TADDEI; GAGLIANONE, 2004).

González (2002), destaca que os hábitos alimentares estabelecidos na infância podem ter influência importante na saúde do adulto, especialmente pelo fato da nutrição relacionar-se com a prevenção e o aparecimento de determinadas doenças não transmissíveis. O autor ainda enfatiza que as conseqüências das práticas alimentares inadequadas podem ser consolidadas tanto por meio da quantidade quanto da qualidade dos alimentos ingeridos.

Vale ressaltar que o nível de colesterol na infância é um indicativo do nível de colesterol na vida adulta, assim a sua identificação precoce pode ser um fator determinante na prevenção da doença coronariana na vida adulta (MOURA et al., 1997).

Ainda tendo em vista a prevalência da obesidade infantil, uma pesquisa baseada em amostras de alunos da rede municipal de ensino de Florianópolis (Santa Catarina) revelou elevada

proporção de obesos. Dentre os alunos com idade entre 6 e 8 anos, 26% apresentavam peso acima do esperado. Esses resultados motivaram a prefeitura para a adoção de medidas proibindo a venda de doces, refrigerantes, salgados industrializados, balas e confeitos nas cantinas das escolas públicas. Argumentou-se que os estabelecimentos comercializavam alimentos que não atendiam as metas alimentares definidas pelo Conselho Municipal de Alimentação Escolar (MARQUES, 2001).

Dentre os alimentos mais consumidos por adolescentes com idade entre 12 e 19 anos, com sobrepeso, no Rio de Janeiro são sorvetes, *hambúrguer*, batata frita, biscoito, bolo, lingüiça, pizza, salgadinhos e chocolates. Esses alimentos representam 70% do valor energético total da dieta (CHIARA et al., 2001).

Desta maneira, o entendimento dos hábitos alimentares de crianças, principalmente em idade escolar, e também dos adolescentes é essencial para o planejamento e implementação de programas nutricionais com vistas à adoção de dietas que atendam as necessidades nutricionais, favorecendo a prevenção de determinadas doenças e com o intuito de melhorar seu estado nutricional (CALDEIRA, 1998; OLIVEIRA, 1997; CARVALHO et al., 2001).

Nesse contexto, a educação nutricional infantil deve exercer um papel fundamental tanto na escola quanto na família.

Se as condições ecológicas, socioeconômicas e culturais em que vivem os indivíduos e/ou famílias se mantivessem idênticas, seria fácil admitir que os hábitos alimentares tenderiam a se perpetuar. No entanto, o dinamismo do mundo moderno nos coloca como espectadores e atores de mudanças aceleradas que afetam muitos aspectos da nossa vida, incluindo os hábitos alimentares e os padrões de consumo (SILVA, 2003).

Atualmente, o homem escolhe seu alimento, principalmente, pela atratividade que o mesmo oferece. Muitos desses alimentos são fabricados a partir de matérias-primas disponíveis misturadas, o que nem sempre garante a qualidade nutricional. Os alimentos inadequados estão disponíveis sendo mais atraentes e preferencialmente escolhidos (GOUVEIA, 1999).

Por meio das facilidades trazidas pela tecnologia, o hábito alimentar foi-se modificando. Quando comparamos dietas mais antigas podemos perceber grandes diferenças com relação às atuais. As expectativas de vida aumentaram na medida em que o homem pode variar mais sua dieta; no entanto, hoje uma pessoa pode optar pelo que aprecia dos alimentos, sem com isso receber a nutrição adequada (CAMARGO, 1984).

No mercado da alimentação encontramos um vasto leque de produtos alimentares gerados

com novas técnicas de conservação e de preparo que são lançados quase que diariamente. Junto a isso encontramos também uma produção abundante de alimentos saborosos, de alta densidade energética e custo relativamente baixo, fatores esses que facilitam a aquisição de alimentos e impulsionam seu consumo deliberadamente. E o consumo exagerado de alimentos energéticos é um fator que pode estar gerando na sociedade desvios alimentares principalmente em decorrência da ausência de uma adequada educação quanto a esse excesso.

O comportamento alimentar, atualmente, envolve muito mais do que necessidades orgânicas, exercendo também influência, sobre a seleção de alimentos, as emoções, as preferências pessoais, os conhecimentos (científicos e “pseudocientíficos”), a tradição, os motivos econômicos, sociais, as crenças religiosas, as pressões da propaganda e os modismos (BOOG et al., 1985).

Atualmente, o tema “alimentação” desperta bastante interesse pela população em geral. A alimentação vem sendo estudada por diferentes áreas como, por exemplo, a psicologia, antropologia, sociologia, ciência da nutrição e alimentos. Os conflitos, dilemas e paradoxos que permeiam esse tema tem gerado um também interesse das indústrias de alimentos, de políticas governamentais e da mídia em geral (RIBEIRO et al., 1998).

A partir da segunda metade do século XX, a obesidade e suas conseqüências começaram a crescer juntamente com a industrialização mundial, principalmente, nos países desenvolvidos. Observações clínicas em países subdesenvolvidos mostraram que neles eram escassas algumas doenças comuns em coletividades adiantadas e industrializadas, como, por exemplo, a hipertensão arterial, obesidade, hemorróidas, diverticulites, câncer de cólon de intestino grosso e colesterolemia. Constatou-se, que nos países subdesenvolvidos ingeria-se alta quantidade de fibra, ao contrário do que ocorria nos países altamente industrializados. Assim, o estudo alertou a comunidade científica e, a partir da década de 1960, nenhuma outra investigação ligada à nutrição promoveu tanto número de publicações (POURCHET-CAMPOS, 1990).

Com o processo de industrialização consolidado, mesmo nos países em desenvolvimento, o consumo de fibras começou a diminuir na dieta dessas populações. Tal hábito alimentar contribuiu para o aumento da incidência de doenças crônicas relacionadas ao estilo de vida, tais como doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, distúrbios gastrintestinais e diabetes *mellitus* (REYS; ÁREAS, 1996).

Em seu estudo sobre a estimativa da ingestão de fibras alimentares na população adulta, Turano et al. (2000), verificaram que, com relação à quantidade total consumida de fibras

alimentares, 42% consomem 30g (quantidade recomendada para o consumo de fibras) por dia, 10% consomem 15g, 19% consomem 20g e 29% consomem 25g. Constatou-se, portanto, que menos da metade da população estudada tem um consumo adequado de alimentos ricos em fibras.

Diante desse fato, campanhas de incentivo ao consumo de fibras, tornam-se necessárias, principalmente no que se refere aos alimentos fibrosos regionais do Brasil como, por exemplo, as frutas; a sapoti (9,98% de fibra alimentar na base integral), a goiaba (6,01%), a fruta-do-conde (5,62%) e a farinha de mandioca (6,2%). O consumo de feijão, assim como das fibras, nas últimas três décadas teve uma significativa diminuição junto à população brasileira, sendo que uma das principais causas da diminuição de fibras esteve associada à diminuição do consumo de feijão (MENEZES et al., 2003).

De acordo com Dreher *apud* Menezes et al. (2003), um alimento com teor de 2% a 3% de fibra pode ser considerado uma boa fonte de fibra alimentar. No Brasil, a portaria nº 27, da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, estabelece, no regulamento técnico referente à informação nutricional complementar, que um alimento pode ser considerado fonte de fibra alimentar quando apresentar no produto pronto 3g de fibra/100g (base integral para alimentos sólidos) e 1,5g/100ml (base integral para alimentos líquidos). Havendo o dobro desse conteúdo, o alimento é considerado como de elevado teor de fibra alimentar. Assim, a acelga, agrião, beterraba, batata doce, brócolis, mandioca, couve-flor são alimentos com teores significativos de fibra alimentar, em torno de 3%. Já as leguminosas, os cereais e seus derivados merecem destaque, pois contêm elevados teores de fibra alimentar, geralmente acima de 4,50%.

Analisando os traços marcantes e negativos de uma maneira generalizada da evolução do padrão alimentar entre 1988 e 1996 no Brasil, Monteiro et al. (2000) confirmam a tendência ascendente da participação relativa de lipídios na dieta do Norte e Nordeste, o aumento do consumo de ácidos graxos saturados em todas as áreas metropolitanas do País, juntamente com a redução do consumo de carboidratos complexos e redução do consumo de leguminosas, verduras, legumes e frutas e do aumento no consumo já excessivo de açúcar. Apenas no Centro-Sul do País foi observado um declínio no consumo de ovos e recuo discreto da elevada proporção de calorias lipídicas.

Ainda tendo em vista a análise histórica sobre a alimentação, Monteiro (1995) relata as mudanças no padrão alimentar da população urbana brasileira nas últimas três décadas, apontando para a redução do consumo de cereais e derivados, feijão, raízes e tubérculos,

observada, principalmente, da década de 70 para a década de 80; o aumento contínuo no consumo de ovos, leite e derivados; a substituição da banha, toucinho e manteiga por óleos vegetais e margarina e o aumento no consumo de carnes, principalmente a partir da segunda metade da década de 70. O açúcar compõe cerca de um quarto do total de carboidratos da dieta e redução nos carboidratos complexos. Nota-se uma progressão do consumo de gorduras vegetais em detrimento de gorduras de origem animal. De acordo com o autor acima, as POFs (Pesquisas de Orçamento Familiar), não detalham, o consumo de hortaliças. Assim eles pressupõem que, na tendência de redução do consumo relativo de alimentos como feijão e cereais, e na manutenção do consumo elevado de açúcar, a evolução na ingestão de fibras não é favorável.

É importante ressaltar que o consumo de alimentos prontos, congelados e pré-preparados também têm contribuído para a diminuição no consumo de fibras dietéticas. Faganello (2002), analisando a disponibilidade de fibras para a população das regiões metropolitanas de São Paulo e Recife encontrou valores que não atingiram o mínimo recomendado considerado pelo autor que é de 27g/dia de fibra dietética total.

Mattos e Martins (2000), também relatam um baixo consumo desse nutriente pela população de São Paulo. As autoras salientam que as fibras estão entre os principais fatores da alimentação na prevenção de doenças crônicas e alertam para o fato da falta de informação por parte da população com relação aos benefícios da mesma. O alimento fonte de fibras mais referido pela população estudada foi o feijão, sendo que praticamente inexistem alimentos ricos em fibras no desjejum. Os resultados verificam que as práticas alimentares da população estudada apresentam-se inadequadas com relação ao consumo de fibras alimentares. Segundo os autores, um agravante para esse baixo consumo de fibras diz respeito à tendência generalizada ao consumo demasiado de “*fast-food*” e outros alimentos ricos em carboidratos e gorduras tão consumidos em nossa cultura modernizada.

Esse novo perfil alimentar adotado pela população, contribui para uma maior exposição às doenças crônicas. De acordo com informações publicadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2003), cerca de 2,7 milhões de óbitos podem ser atribuídos à reduzida ingestão de frutas e verduras.

Sabe-se que as necessidades psicológicas também influenciam o comportamento alimentar. Um adulto insatisfeito com a vida que leva pode encontrar, em uma dieta desequilibrada e prejudicial, satisfação a uma necessidade de autodestruição. Determinados alimentos como doces, bebidas alcoólicas, pratos apetitosos e de alto prestígio podem ser

considerados para muitos, compensação psicológica para as frustrações, inseguranças e ansiedades da vida (BOOG et al., 1985).

Entre os aspectos psicológicos do comportamento alimentar de um indivíduo, é importante destacar os relativos ao autoconceito, ou seja, à imagem que a pessoa faz de si mesma. Alguém que tenha um autoconceito de “gordo” resistirá às dietas de emagrecimento, inconscientemente, mesmo sabendo dos riscos da obesidade e sentindo as limitações que seu peso excessivo lhe impõe. Em muitos casos, há uma obediência e reciprocidade à dieta proposta, embora esse emagrecimento não seja sustentado por muito tempo. A pessoa pode não ter a estrutura psicológica de magro, ou seja, a mesma não sabe se comportar como uma pessoa magra. Com isso, poderá ocorrer o abandono à dieta e o indivíduo poderá comer mais do que antes e engordar compulsivamente para defender sua imagem (BOOG et al., 1985).

Algumas pessoas que se consideram doentes também acabam evitando práticas saudáveis como fazer exercícios ou selecionar uma alimentação equilibrada. Da mesma forma, indivíduos que têm de si um autoconceito “machista” podem preferir uma dieta considerada “masculina” com alimentos como arroz, feijão, carnes, alimentos “fortes” (BOOG et al., 1985).

Com relação aos adolescentes, é possível verificar que há diferenças entre os gêneros (masculino e feminino) de acordo com os problemas alimentares que surgem neste período. As meninas experimentam mais conflitos relacionados à comida, ao peso e formas do corpo, do que os meninos. As modalidades de regimes adotados pelas meninas afloram o medo mórbido de engordar, e as pressões para a manutenção da magreza estão bastante presentes (KAUFMAN, 2000).

Outros fatores influenciadores dos hábitos alimentares são a disponibilidade de alimentos, seu preço e o poder aquisitivo. Famílias mais pobres tendem a consumir dietas de alta densidade energética, por serem mais baratas, e seu lazer restringe-se praticamente a assistir programas de televisão, tornando-as sedentárias. Em se tratando de famílias abaixo da “linha da pobreza”, outros elementos são considerados, como por exemplo, a possibilidade de adaptações metabólicas diante da escassez crônica de consumo energético (MARINHO et al. 2003).

Para Garcia (2004), é muito difícil conhecer exatamente a ingestão alimentar de grupos ou mesmo de indivíduos, pois as práticas alimentares estão mergulhadas em dimensões simbólicas da vida social, envolvidas nos mais diversos significados, desde o âmbito cultural até as experiências pessoais. Assim, torna-se uma tarefa complexa analisar com objetividade métodos de consumo alimentar.

De acordo com o artigo Alimentos...(2002), é altamente provável que a pesquisa médica continuará demonstrando a existência de uma relação muito estreita entre os alimentos e o estado de saúde até chegar ao ponto em que a maior parte dos consumidores comuns compreenda e se conscientize plenamente da interligação entre dieta e saúde e continue em número maior buscando exigir do mercado produtos nutricionalmente adequados.

A educação nutricional atualmente pode ser apontada como uma importante estratégia para enfrentar os novos desafios no campo da saúde, principalmente na prevenção e controle da obesidade.

Existem algumas referências sobre a importância de programas de educação nutricional para a prevenção e controle das doenças crônicas degenerativas, mas pouco se relata efetivamente sobre os elementos que norteiam a sua prática. Segundo Santos (2005), os documentos recentes do governo brasileiro que apontam as políticas no campo da educação nutricional indicam que o objetivo das propostas educativas em alimentação e nutrição é mais subsidiar os indivíduos com informações adequadas, corretas e consistentes sobre alimentos, alimentação e prevenção de problemas nutricionais do que auxiliar na tomada de decisões.

Ainda segundo Santos (2005), a educação nutricional está inserida na promoção da saúde, que se define como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação dessa no controle desse processo. Com base nessa definição, Rodrigues et al. (2005), relatam a necessidade de se efetuar uma educação nutricional que não se baseie exclusivamente, na transmissão do conhecimento, mas também na participação do cliente possuidor de uma história de vida – que procura ajuda para solucionar seus problemas alimentares – o tornando participativo de seu tratamento.

2.3 Influência dos alimentos industrializados e da mídia nas mudanças do padrão alimentar da população brasileira

Muito tem sido discutido sobre doenças associadas à alimentação, como a obesidade e suas conseqüências, a anorexia nervosa e a bulimia. O crescimento acelerado dessas doenças se iniciou a partir da metade do século XX. No final do século XIX, livros e artigos europeus da

época, ensinavam como engordar. Atualmente para todos os níveis sociais “ser magro” tornou-se uma unanimidade na mídia de massa (CASOTTI et al., 1998).

Ao mesmo tempo em que, cresce a obesidade, paralelamente cresce também o número de indivíduos (especialmente mulheres jovens pertencentes a famílias de faixa de renda intermediárias e mais altas) em busca de um padrão de corpo de magreza excessiva que pode desencadear doenças como anorexia, bulimia e subalimentação que se refletem em padrão antropométrico deficitário, que muitas vezes não é reconhecido como doença pelo indivíduo que vive com ela. Assim, nota-se uma difusão generalizada do padrão excessivamente delgado, influenciado principalmente pela mídia, que pode interferir tanto na possibilidade de um diagnóstico de desnutrição vindas da pobreza quanto originadas na prática de dietas alimentares deficitárias impulsionadas pelo padrão estético em voga (TONIAL, 2001).

Vivemos numa sociedade de consumo, onde o conjunto das relações sociais dos homens já não é tanto o laço com os seus semelhantes, mas a manipulação de bens e de mensagens, desde a organização doméstica até os inúmeros objetos de publicidade e as centenas de mensagens diárias emitidas pelos “mass media”. O homem está vivendo menos na proximidade dos outros homens, na sua presença e no seu discurso, e mais sob o olhar mudo de objetos obedientes (BAUDRILLARD, 2005).

Esse contexto faz-se pensar sobre a obsessão da magreza na nossa sociedade atual. A obesidade também foi bela noutros lugares e em noutros tempos. Atualmente, a beleza não pode ser gorda ou magra, pesada ou esbelta como a poderia ser numa definição tradicional, ela só pode ser magra e esbelta. Torna-se curioso como numa sociedade de superconsumo alimentar, na qual vivemos, a magreza atue de forma tão distintiva (BAUDRILLARD, 2005).

Andrade e Bossi (2003), enfatizam a mídia como veiculador da idéia do “corpo perfeito”, sobretudo na faixa adolescente, gerando principalmente nas mulheres uma insatisfação crônica com seus corpos, num conflito constante, ora se odiando por alguns quilos a mais, ora adotando dietas altamente restritivas e exercícios físicos extenuantes como forma de compensar as calorias ingeridas a mais.

Andrade e Bossi (2003); Casotti et al. (1998), acreditam que o culto à magreza está diretamente associado a uma imagem de poder, beleza e mobilidade social, o que leva a uma certa euforia. Ao mesmo tempo em que o peso médio da população está subindo, as pressões sociais para que a população seja magra estão cada vez mais fortes. As propagandas em geral,

muitas vezes apelam, insistentemente para o consumo excessivo de alimentos hipercalóricos, gerando um quadro contraditório e irreal.

De acordo com Lambert-Lagace (1983), a mídia que inclui a televisão, rádio, jornais, revistas, livros e panfletos são veículos pelos quais os consumidores utilizam para obter informações também nutricionais. Há necessidade de se constatar quais os tipos de mídia que o consumidor mais utiliza e suas reações perante as informações sobre nutrição veiculadas previamente por meio delas. Santos et al. (2002), alertam para a necessidade de uma avaliação, na qualidade das informações que chegam à população, seja por revistas, televisão ou outras fontes, as quais podem ter influência sobre o conhecimento nutricional e, indiretamente, sobre o comportamento alimentar do indivíduo.

No estudo de Serra e Santos (2003), são apontadas as estratégias discursivas adotadas por uma revista popular de grande circulação entre os adolescentes quanto às práticas alimentares de emagrecimento. Essas estratégias discursivas, muitas vezes, induzem os adolescentes a comer determinados produtos alimentícios sem uma orientação de um especialista. As dietas são do tipo “perca 150 a 200 calorias em 30 minutos”. Os roteiros utilizados pela revista estudada levantam um aspecto mágico e um discurso sem referências científicas que transmite a idéia de que para emagrecer são necessárias restrições e proibições, o que inibe a motivação para a manutenção. A dieta proposta pela revista estudada não considera preferências e gostos particulares, induzindo no adolescente o experimento de métodos fáceis e rápidos para emagrecer, mas que não garantem a adoção de um comportamento alimentar promotor da saúde.

Com relação às crianças, vários são os fatores que influenciam suas escolhas alimentares e sabe-se que os pais têm uma participação significativa nestes. Segundo Macedo (2003), o que também determina as escolhas das crianças é a forma como os alimentos lhe são apresentados pelos membros da família e se são ou não consumidos pelos heróis da televisão. Os alimentos consumidos por esses heróis são quase sempre representados por alimentos ricos em gorduras, óleos, açúcares e doces e uma completa ausência de frutas e hortaliças, o que torna o fato preocupante já que as crianças passam grande parte do tempo assistindo à televisão. Segundo Zavaschi (2004), uma pesquisa recente indicou que as crianças norte-americanas assistiam em média de 21 a 23 horas semanais de televisão e projetava que, se mantivessem essas médias, chegariam aos 70 anos, tendo permanecido de 7 a 10 anos diante da tela e no Brasil, adolescentes passam cerca de cinco horas diárias diante da televisão.

De acordo com Garcia (2003), a globalização da economia e a industrialização exercem

um papel importante à gama de produtos e serviços distribuídos em escala mundial e ao suporte publicitário envolvido. O consumo de alimentos de maior concentração energética é estimulada pela indústria de alimentos, por meio da produção abundante de alimentos saborosos, de alta densidade energética e de custo relativamente baixo.

Em seu estudo Garcia (1993), questiona os motivos que levam a população à prática deliberada do consumo de *fast-food*, e conclui que por caracterizar-se como ágil, poupar tempo de preparo e de ingestão e ser deslocável para qualquer espaço apresenta motivo de sucesso bastante rentável.

Para Garcia (2003), os *fast-foods* não se difundem por seu traço cultural, mas por exprimir a modernidade-mundo, embora exista um traço de americanidade através da imagem que os embala. A alimentação feita na rua (incluindo os *fast-foods*) possui determinantes influenciadores pela mídia, por meio de suas propagandas sedutoras, pelo apelo ao consumo de marcas, e também por uma relação de custo/benefício.

Axelson (1983), alerta em seu estudo sobre o crescimento dos alimentos *fast-foods* e das refeições consumidas fora de casa e também salienta a preocupação que tem gerado nos profissionais de nutrição o valor nutricional dessas refeições e seu impacto na saúde.

Enquanto no Brasil se expandem as cadeias de lanchonetes como *McDonalds* e *Pizza Hut*, entre outras, nos Estados Unidos, desde a década de 80 essas e outras lojas do gênero encontram dificuldades para manter as vendas. Esta havendo um crescimento de restaurantes de comida italiana, mexicana, chinesa. O motivo dessa mudança é o interesse por sabores exóticos, por lugares aconchegantes, por produtos saudáveis, preferências do consumidor mais promissor, alvo dos publicitários americanos. Assim a cozinha tradicional está se instalando na cultura mundializada. Esses pratos tradicionais são readaptados às condições atuais, seja no modo de preparo, seja nos produtos utilizados. Por exemplo: a feijoada passa a ser feita com partes menos gordurosa do porco, a moqueca de peixe passa a ser feita com leite de coco engarrafado – uma adaptação à preocupação com a gordura e obesidade (GARCIA, 2003).

Um estudo realizado no centro de São Paulo, com funcionários da Prefeitura Municipal, observou a valorização pelo gosto “natural”, caracterizado pelo “não industrializado”. No entanto, o que é chamado de “natural” aparece de modo arbitrário, associado à representação de uma essência “natural”. Essa tendência ao consumo de “natural”, não representa necessariamente uma volta às origens e sim um resgate do atributo “tradição” como um bom argumento para

venda (GARCIA, 2003).

O padrão alimentar da sociedade atual se encontra sensivelmente alinhado ao apelo da mídia, das propagandas alimentares muitas vezes enganosas e da busca incansável pelo corpo ideal. Esses fatores levam a sociedade à “copiar” modelos de vida que estão fora da realidade, e a submete ao consumo inadequado de alimentos, muitas vezes sabendo dos riscos à saúde a qual está submetida.

A educação nutricional poderá ser efetivamente útil aos indivíduos no momento em que despertar a consciência crítica e a autonomia para saber agir diante de modismos alimentares apelativos e a criar em si conceitos e atitudes diante dos alimentos condizentes com a realidade

A mídia, em sua totalidade, tem uma forte influência no comportamento alimentar das pessoas e está inserida nas principais causas da obesidade, tanto nas fases da infância, adolescência, bem como na vida adulta. Dessa forma, a educação nutricional se faz necessária, desde os primeiros anos de vida dos indivíduos, devendo ser incorporada em todos os níveis e modalidade de ensino.

Figura 1 – Fatores influenciadores do comportamento alimentar.

2.4 Uma reflexão sobre a interação dieta-saúde, o posicionamento da indústria de alimentos e a educação nutricional.

De acordo com o artigo Alimentos...(2002), estudos científicos já evidenciaram, há algum tempo, que existe uma relação direta entre determinados componentes específicos da dieta e a atenuação, tratamento e prevenção de certas doenças crônicas como câncer, osteoporose, doenças coronárias e envelhecimento. Assim, avanços na biotecnologia e no processamento de alimentos estão exercendo um impacto positivo sobre a produção de alimentos, fornecendo os meios e as ferramentas para garantir o desenvolvimento de alimentos mais seguros e mais nutritivos. Tanto a indústria de alimentos como a comunidade agrícola está utilizando seus conhecimentos sobre alimentos para manter e preservar a saúde das pessoas. Esses dois setores estão trabalhando juntos com o objetivo de melhorar a qualidade nutricional e as propriedades benéficas à saúde dos alimentos.

Ainda segundo o artigo Alimentos...(2002), somente nos Estados Unidos, mais de 60 milhões de pessoas sofrem de hipertensão arterial, diabetes e colesterol alto no sangue. Quarenta e três por cento das mortes naquele país são associadas a doenças no coração e vinte e quatro por cento ao câncer e mais de dois terços dos adultos nos EUA sofrem de excesso de peso enquanto uma em cada três crianças é considerada obesa. Aproximadamente cinquenta por cento dos casos de hipertensão e das doenças do coração e também trinta a setenta por cento de todos os casos de câncer são ligados à dieta. Com isso espera-se que a maior parte dos consumidores comuns compreenda e se conscientize plenamente da interligação entre dieta e saúde e continuem em número maior buscando exigir do mercado produtos nutricionalmente adequados.

A segmentação dos mercados consumidores é uma característica marcante das estratégias empresariais com respeito ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de produtos e serviços. As empresas estão mais preocupadas em focar seu mercado para melhor atender aos consumidores mais exigentes (NEVES et al., 2000).

Cresce a preocupação do consumidor por alimentos mais saudáveis, tanto que segundo ABIA (2003), as vendas de alimentos *diet e light* passaram de US\$ 160 milhões em 1990 para US\$ 1,5 bilhão em 2000. Há uma década os consumidores desses produtos eram diabéticos e hipoglicêmicos, atualmente são pessoas preocupadas com estética e a saúde. Nos restaurantes comerciais e churrascarias a preocupação do cliente tem dado destaque à presença de saladas e grelhados, evidenciando o consumo por alimentos que ofereçam também fibras, vitaminas e

minerais.

Devido ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis e a transição nutricional caracterizada pelo consumo excessivo de gorduras e produtos refinados, como açúcar e reduzida ingestão de fibras alimentares, alguns países já se preocupam em desenvolver produtos enriquecidos com fibras alimentares, inclusive para dieta enteral (MENEZES et al., 2003).

Se por um lado a indústria de alimentos favorece o consumo de alimentos com alta densidade energética, também apresenta uma colaboração importante para a boa nutrição, ao pensar, por exemplo, na possibilidade de novas opções, diversificação da dieta, uso de alimentos na entressafra, segurança quanto a higiene, facilidade de preparo dos alimentos, transporte e outros. Além disso, contribui para o consumo de alimentos enriquecidos, nutracêuticos e formulados que atualmente é tendência crescente para o mercado.

Para facilitar o entendimento do consumidor sobre o adequado uso desses alimentos e a diminuição dos alimentos ricos em gorduras saturadas e açúcares, torna-se cada vez mais necessário programas de educação nutricional voltados à população em geral com profissionais capacitados.

Não se pode generalizar e afirmar que a causa da obesidade e doenças associadas está somente no consumo de alimentos calóricos e industrializados, pois esses alimentos se consumidos com moderação, podem ser benéficos. Já os alimentos *lights* que tem poucas calorias, podem ser prejudiciais se consumidos em excesso. Assim, a educação nutricional é uma ferramenta importante neste âmbito na medida em que pode atuar tanto dentro da cadeia produtiva de alimentos, através do desenvolvimento de alimentos mais saudáveis, como fora, através da conscientização e do aumento de informações para a população em geral, com o objetivo de melhorar o padrão alimentar de grande parcela da sociedade.

Cabe destacar, nesse contexto, a influência da estética numa sociedade de consumo na qual a ética moderna, segundo Baudrillard (2005), intima o indivíduo a pôr-se a serviço do próprio corpo, ao contrário da ética tradicional a qual deseja que “o corpo sirva”. Na tentativa da mulher moderna conservar o corpo sempre belo e competitivo surgem os alimentos de baixas calorias, os açúcares artificiais, as manteigas sem gordura, os regimes atirados para o mercado com grande reforço publicitário, fazendo fortuna nos investidores ou fabricantes.

Assim, vale a ressalva, de que a educação nutricional não se limita apenas a instruir a população sobre os benefícios dos alimentos saudáveis, e contribuir tecnicamente na produção desses alimentos. Ela pode ir além, ao criar condições para uma reflexão consciente pelos

consumidores de suas reais necessidades nutricionais, sem exageros ou restrições desnecessárias, despertando a consciência crítica sobre questões de saúde e qualidade de vida.

2.5 A educação nutricional dirigida a grupos de pessoas

2.5.1 Classificação geral dos grupos

De acordo com Zimerman (1997), a essência dos fenômenos grupais é a mesma em qualquer tipo de grupo e o que determina as diferenças entre os distintos grupos é a finalidade para o qual eles foram criados e compostos. É inerente à natureza do grupo que haja a emergência de ansiedades, resistências, transferências, etc., e que as mesmas possam ser trabalhadas e interpretadas. Conforme a finalidade do grupo, também são diferentes a camada das pessoas que o compõem, a natureza das combinações do *setting*, o esquema referencial teórico adotado e o procedimento teórico empregado.

Existem muitos pontos de vista para se classificar os grupos como, por exemplo, os tipos de arranjos que foram instituídos e que presidem o grupo (grupos homogêneos, grupos abertos e fechados, etc.); a finalidade a ser alcançada, o tipo de vínculo estabelecido com o coordenador; o tipo de técnica empregada, e assim por diante. De acordo com o critério das finalidades a que se destinam os grupos, existem dois seguintes grandes ramos: operativos e psicoterápicos (ZIMERMAN, 1997a).

Os grupo operativos, segundo Zimermam (1997a), cobrem os seguintes quatro campos:

- Ensino-aprendizagem: grupos de reflexão – formação de idéias, institucionais (realizados em empresas, escolas, igrejas, exércitos, sindicatos).
- Comunitários: crescente aplicação em programas de saúde mental, realizados com gestantes, crianças, pais, adolescentes sadios, líderes naturais de comunidades, etc.
- Terapêuticos: são comumente denominados como grupos de auto-ajuda ou mútua ajuda, visam uma melhoria de alguma situação de patologia dos indivíduos quer seja no plano da saúde orgânica ou no psiquismo. São grupos que se formam espontaneamente entre pessoas que se sentem identificadas por alguma característica semelhante entre si dando-se conta que têm condições de se ajudarem entre si. Exemplos: Alcoólicos anônimos, Fumantes anônimos, Neuróticos anônimos, etc. Os grupos terapêuticos merecem atenção

especial pela sua eficácia como também pelo largo âmbito das áreas beneficiadas, e sua expansão no campo da medicina. Esses grupos são compostos por pessoas que têm uma mesma categoria de prejuízos e de necessidades, classificados nos seguintes seis tipos: Adictos (tabagistas, obesos, drogadictos, alcoólicos, etc), cuidados primários de saúde (programas preventivos de saúde, como um suporte para pacientes hipertensos, diabéticos, reumáticos, etc), reabilitação (enfartados, colostomizados, espancados, mutilados, etc.), problemas sexuais e conjugais.

Reserva-se a terminologia “grupos psicoterápicos” estritamente para aquelas formas de psicoterapias que se destinam aos aspectos inconscientes dos indivíduos e da totalidade grupal. Nas grupoterapias, constata-se o emprego de técnicas psicodramáticas, grupos de psicóticos egressos, diversos tipos de grupos homogêneos (com pacientes depressivos, drogadictos, transtornos alimentares, etc.) (ZIMERMAN, 1997a).

2.5.2 Atributos principais para um coordenador, aconselhador e/ou educador ao trabalhar com grupos.

De acordo com Zimerman (1997b), o coordenador de um grupo ocupa lugar de destaque e são fundamentais alguns requisitos desejáveis para ele. Primeiramente, o coordenador deve acreditar em grupos. O coordenador pode transferir ao grupo entusiasmo ou enfado, verdade ou falsidade, etc. O coordenador que não possuir amor às verdades terá dificuldades em fazer um necessário discernimento entre verdades, falsidades e mentiras que ocorrem nos campos grupais. Da mesma forma, haverá um prejuízo na sua importante função de servir como um modelo de identificação, de como enfrentar as situações difíceis da vida.

A *coerência* é citada segundo Zimerman (1997b), como um atributo importante já que todo coordenador estará sempre exercendo um certo grau de função educadora. Nisso também concorda Rogers (1997, p. 331), ao afirmar,

a aprendizagem pode ser facilitada, se o professor for congruente. Isso significa que o professor seja a pessoa que é e que tenha uma consciência plena das atitudes que assume. A congruência significa que ele aceita seus sentimentos reais. Torna-se então uma pessoa real nas relações com seus alunos. Pode mostrar-se entusiasmado com assuntos de que gosta e aborrecido com aqueles pelos quais não tem predileção. Pode irritar-se, mas é igualmente capaz de ser sensível ou simpático. Porque aceita esses sentimentos como seus não tem necessidade de impô-los aos seus alunos, nem insiste para que estes reajam da mesma forma.

Hoga (2004), relata que o autoconhecimento do profissional de saúde é vital para o estabelecimento de relacionamento interpessoal adequado com os clientes no processo de cuidar. Ao conhecer-se, o profissional toma ciência das próprias limitações, fragilidades e também descobre e permite melhor usufruto de suas potencialidades. Esta consciência faz com que ele tenha facilidade para adotar atitudes de maior tolerância quanto aos próprios limites, à possibilidade de errar, de não conseguir, de não suportar certas circunstâncias de vida e de trabalho difíceis, e a mesma lógica permeará suas ações face às pessoas cuidadas.

Alguns outros atributos citados por Zimerman (1997b):

- Senso de ética: o coordenador não deve invadir o espaço mental dos outros, impondo-lhe os seus próprios valores e expectativas, pelo contrário, ele deve propiciar uma amplitude no espaço interior e exterior de cada um deles, através de aquisição de um senso de liberdade de todos, desde que essa liberdade não invada a dos outros.
- Respeito: é a capacidade de um coordenador em olhar para as pessoas com as quais ele está em íntima interação com perspectivas positivas, sem rotular. Há necessidade que haja pelo coordenador uma tolerância pelas falhas e limitações presentes em algumas pessoas do grupo, assim como uma compreensão e paciência por eventuais inibições e pelo ritmo peculiar de cada um.
- Capacidade negativa: capacidade do coordenador do grupo em conter suas próprias angústias, que, inevitavelmente, possam surgir, de modo a que elas não invadam todo espaço de sua mente. Caso sentimentos “menos nobres” sejam despertados no coordenador, é importante que ele reconheça-os, e assim possa administrá-los.
- Modelo de identificação: todos os grupos exercem uma função psicoterápica, de uma forma ou de outra. Isso acontece devido o coordenador representar também uma figura de modelo para os participantes, como ele enfrenta as dificuldades, pensa os problemas, estabelece limites, maneja as verdades, usa o verbo, sintetiza e dá coesão ao grupo.
- Empatia: para que todos os atributos citados adquiram validade é essencial uma sintonia emocional do coordenador com os participantes do grupo. É fundamental

que o coordenador tenha condições de distinguir entre os sentimentos que provêm dos participantes daqueles que pertencem unicamente a ele mesmo.

- Síntese e integração: cabe ao coordenador a capacidade de se extrair um denominador comum dentre as inúmeras comunicações provindas das pessoas do grupo e que, por vezes, aparentam ser totalmente diferentes entre si, juntando aspectos de cada um e de todos, assim também aqueles aspectos que estão confusos, ou pouco claros, sendo importante a integração dos opostos”.

Segundo Freire (1987), a prática educativa deve tanto possibilitar o ensino de conteúdos às pessoas como também sua conscientização. A importância do papel do educador não se resume a ensinar os conteúdos, mas também ensinar a pensar certo, atuando como um desafiador e não um repetidor de frases e idéias.

Um educador deve fundamentar-se na ética pedagógica, o ensinar exige rigorosidade metódica, pesquisa, respeito aos saberes dos educando, criticidade, estética e ética, reflexão rígida sobre a prática, reconhecimento e assunção da identidade cultural, consciência do inacabamento, respeito à autonomia do educando, bom senso, humildade, tolerância, apreensão da realidade, alegria, esperança, convicção de que a mudança é possível, curiosidade, segurança, competência profissional e generosidade, comprometimento, tomada consciente de decisões, saber escutar, disponibilidade para o diálogo e, finalmente, querer bem aos educandos (Freire, 2004).

Segundo Hoga (2004), o fator preponderante para a humanização da assistência em saúde é o verdadeiro encontro entre o profissional de saúde com seu cliente. Mas isso é efetivado somente, quando o profissional estiver preparado e disponível para tal ocorrência. Um profissional preparado é aquele que visualiza o “cuidar” como um processo de duas vias, no sentido da relação entre dois seres humanos: o do ser humano dotado de preparo técnico-científico e humanístico e disponível para o cuidado efetivo e de outro ser que está necessitando de ajuda de um profissional com tais atributos. O cliente por sua vez, se sentirá satisfeito com o cuidado e o afeto recebidos e certamente, estará emanando um sentimento correspondente, o que certamente refletirá beneficemente sobre o profissional.

A compreensão torna-se um desejo profundo dos clientes em suas necessidades por cuidados em sua saúde e tal compreensão é um passo fundamental que requer o compromisso do profissional em tentar atendê-la (HOGA, 2004).

Rogers (1997), constitui a compreensão como uma condição importante que deve existir

numa relação de ajuda. Quando o outro se sente aceito e compreendido profundamente, se alcança um tipo de relacionamento onde a liberdade e não a dependência se faz presente. Mas para que o outro se sinta realmente compreendido, a parte que se compromete a ajudar deve caminhar na direção de uma real consciência de seus próprios sentimentos, os distinguindo do outro.

Ainda para o mesmo autor acima, compreender o outro, é uma tarefa muito difícil. A tendência do ser humano ao ouvir a afirmação de uma outra pessoa é mais uma avaliação imediata e juízo do que uma tentativa de compreensão. Ao exprimir-se um sentimento, uma atitude ou uma opinião, ocorrem freqüentemente tais julgamentos “está certo”, “que besteira”, “não é normal”, “não está certo”, “não fica bem”. Para ocorrer a compreensão é necessário que se entenda o significado que o outro coloca nessas atitudes, sentimentos ou opiniões. Quanto mais um indivíduo é compreendido e aceito, maior sua tendência para mover-se para frente.

A busca de um sentido para os problemas vivenciados e a organização das pessoas para buscarem coletivamente soluções para seus problemas, requer do profissional uma formação que poucos têm. Há dificuldade em se definir qual a melhor formação para se exercer um papel de educador nutricional. O profissional mais preparado seria o nutricionista, que deveria ser visto e capacitado não somente com habilidades técnicas, mas como um educador inserido na realidade do educando-cliente (BOOG, 1996; BOOG, 1997).

Segundo Macário et al. (1998), uma pesquisa realizada com médicos e enfermeiras concluíram que esses profissionais reconhecem o nutricionista como o integrante da equipe de saúde mais habilitado para desenvolver orientação alimentar. Esses dados fortificam os encontrados por Boog (1996), em sua pesquisa sobre o mesmo tema junto à equipe de saúde de serviços públicos de saúde, na qual a finalidade era discutir a implementação de atividades de educação nutricional, por intermédio de médicos e enfermeiras. Nesta se conclui que o nutricionista é o profissional habilitado, por formação, para desenvolver quaisquer programas e ações de educação nutricional e/ou alimentar.

Para Rodrigues et al (2005), o profissional deve, antes de tudo, saber ouvir e saber aceitar, criando um ambiente favorável para a construção de estratégias que favoreçam o desenvolvimento de ações pelo cliente. O profissional, ao orientar o cliente, deve ter o cuidado de não se moldar a uma figura de autoridade, que pode revelar os modelos frustrados de atendimento. Para isso, é necessário que o profissional, durante o atendimento, seja sensível para perceber a necessidade que o cliente tem de ser encorajado, a fim de poder desvelar e ampliar os

temas relacionados ao problema.

Ainda para as autoras acima, as habilidades e competências do aconselhador devem constituir-se de uma junção de conhecimentos específicos de nutrição, educação nutricional, e de conhecimentos advindos das ciências humanas. O preparo dos profissionais para essa modalidade de intervenção demanda estágios práticos, supervisionados por profissionais capacitados.

A atenção dispensada pelo aconselhador ao cliente é uma postura que afirma comprometimento com ele, conduzindo-o a sentir segurança. Isso pode ser manifestado por meio de expressões faciais (olhar direto, maneios de cabeça, jogo dos músculos faciais para produzir rugas, olhares interrogativos, indiferença, entre outras expressões), mas se deve ter cuidado no comportamento verbal (a fala do aconselhador tem efeito imediato sobre o cliente, deve-se evitar o uso de expressões como “hum-hum”, “eu entendo”, pois estes estímulos verbais podem produzir um bloqueio na comunicação) (RODRIGUES et al., 2005).

Segundo Rogers (1997), não é adequado numa relação de ajuda, julgamentos tanto de ordem negativa quanto positiva. Ao não ser julgado sobre suas condutas, o cliente terá a oportunidade de atingir um ponto em que ele próprio reconhecerá que o lugar do julgamento e o centro da responsabilidade residem dentro de si mesmo.

Uma relação que objetive a ajuda, somente será construída se ela for baseada em transparência e autenticidade, em que se assumem os sentimentos reais; aceitação afetuosa e apreço pela outra pessoa como um indivíduo separado; capacidade sensível de ver o mundo do outro como ele os vê. Com essa relação, o cliente terá a oportunidade de vivenciar a compreensão de aspectos de si mesmo que havia anteriormente reprimido; será mais autodiretivo e mais autoconfiante; realizar-se-a mais enquanto pessoa, sendo mais único e auto-expressivo; estará mais apto a enfrentar os problemas da vida adequadamente e de forma tranqüila e conseqüentemente estará mais flexível a mudanças. Uma relação desse tipo poderá ser criada tanto com a família, filhos, empresários, na relação terapêutica e com outros grupos de pessoas (ROGERS, 1997).

2.5.3 Grupos de educação nutricional

Programas de educação nutricional em grupo podem ser uma alternativa interessante na medida em que reduzem certos sintomas que podem emergir de respostas emocionais, face às pressões sociais adversas ao ganho de peso e obesidade, tais como humor depressivo, ansiedade,

fraqueza e preocupação em comer (BERNARD et al., 2005).

Segundo Francischi et al. (2001), milhões de indivíduos estão envolvidos em programas de perda de peso, dos quais muitos são ineficientes e com finalidades apenas comerciais. Algumas organizações científicas definiram alguns guias com recomendações para os profissionais envolvidos em programas de controle de peso, estipulando-se uma máxima de emagrecimento por Kg/semana, já que perdas de peso em grandes proporções podem causar possíveis riscos à saúde.

Dessa forma, grupos intitulados como “grupos de obesidade” ou de “reeducação alimentar” com o objetivo central de emagrecimento devem ser desenvolvidos de forma cuidadosa por profissionais capacitados, já que tais grupos podem ser classificados como grupos terapêuticos.

A conduta à imposição alimentar e à restrição alimentar que pode ser incentivada por alguns profissionais da saúde como meio de se “perder peso” não é satisfatória. Tanto esses incentivos, quanto à prática dessas dietas pelos indivíduos torna-se um trabalho árduo, pois é muito difícil sustentar a restrição energética em longo prazo.

O regime de inanição parece resultar em compulsão alimentar e em manifestações psicológicas, como preocupação com a comida e em comer, aumento da responsabilidade emocional e mudanças de humor e distração (BERNARD et al, 2005).

Dessa forma, a abordagem educativa na área de nutrição poderá criar novos sentidos e significados para o ato de comer. Dietas prontas e padronizadas que proíbem o consumo de muitos alimentos não funcionam atualmente. Para Boog (1997), educar no âmbito da alimentação, implica em conhecer profundamente o que é alimentação. Estratégias que estimulem este conhecimento devem ser desenvolvidas no contexto da educação nutricional para impulsionar a cultura e a valorização da alimentação.

Bernard et al (2005), sugerem que programas de redução de peso, individuais ou em grupo, tenham abordagens interdisciplinares, e que ainda, enfatizem, junto aos pacientes, a compreensão dos mecanismos biopsicossociais aos quais estão submetidos.

Ao se propor questões ligadas aos problemas alimentares sem se ater a fixar respostas prontas, o nutricionista terá condições de vivenciar juntamente com o cliente estratégias de mudanças em seu comportamento alimentar. Segundo Mizukami (1986), é num ambiente de desequilíbrios e desafios que a mudança poderá ocorrer.

Segundo Rodrigues et al. (2005), o aconselhamento dietético é uma modalidade de

intervenção de educação nutricional que pode ser utilizada no atendimento individual ou grupal e pode ser visto como um processo de ajuda, cuja proposta central é o encorajamento do cliente para relatar seus problemas e para isso é necessária a capacitação do profissional para o emprego dessa abordagem.

As autoras citadas acima apresentaram uma proposta de abordagem para o aconselhamento dietético divididos em três fases. A fase inicial caracteriza a formação do vínculo entre o profissional e o cliente, onde a empatia, autenticidade, condições positivas e concreção são atributos importantes na qualidade do atendimento. Na segunda fase o profissional deve encorajar o cliente para formação do *insight*, favorecendo uma condição de discernimento e tentativa de discussão sobre os problemas. O profissional deve estar atento à imagem de autoridade que não deverá passar ao cliente. Para facilitar a abordagem e direcionar a interação de forma a problematizar o cotidiano alimentar, várias técnicas podem ser utilizadas como questões fechadas (normalmente são limitadas e não permitem exploração do tema), questões abertas (estimulam respostas mais longas e reflexivas), uso de diretivas que são utilizadas pelo profissional caso o cliente não formule idéias, uso de estímulos (habilidades não verbais que indicam atenção e compreensão), e escuta efetiva. A última fase pode causar certa ansiedade no cliente, pois é o momento onde ele formulará soluções para corrigir o seu problema, lembrando que as duas primeiras fases foram interrogativas para ele.

Ainda para Rodrigues et al. (2005), deve haver um preparo dos nutricionistas para o aconselhamento dietético e que deve ser supervisionado por profissionais dessa área que os auxiliem a perceber a intersubjetividade no relacionamento com o cliente, e a explorar as possibilidades e compreender as limitações da comunicação verbal e não verbal, lidando com o inesperado e, sobretudo com as próprias inseguranças.

Existem diferentes tipos de grupos de pacientes com obesidade e suas variantes são em geral de três tipos: auto-ajuda, programas psicoeducacionais e grupos psicoterapêuticos de distintas orientações. Os grupos de auto-ajuda são os mais populares em obesidade e os que podem ser de duração ilimitada. Sua frequência tradicional é de uma reunião semanal com uma hora e meia de duração. Muitos desses grupos utilizam um material informativo, como “disparador” de temas sobre os quais são feitas reflexões pessoais (ZUKERFELD, 1997).

O trabalho em grupo com pacientes com obesidade e transtornos alimentares tem sido muito difundido. Há importantes organizações, em diferentes países, que há 30 anos trabalham grupalmente com obesos. Nos estados Unidos existem Weight Watches, Overeaters Anonymous e

na Argentina existem ALCO e Dita Club. Esses grupos têm bons, medíocres ou maus resultados, porém, não deveriam ser avaliados isoladamente, mais incluídos em abordagens interdisciplinares mais amplas (ZUKERFELD, 1997).

Face ao exposto, pode-se considerar que a importância da educação nutricional em grupo não se deve somente ao seu conteúdo e abordagem de ensino, mas também à capacidade técnico-científica do profissional e sua habilidade para lidar com pessoas.

2.6 Reflexões sobre as abordagens educativas e suas implicações na educação nutricional

Segundo Gouveia (1999), a educação em saúde visa a autocapacitação dos indivíduos e dos vários grupos de uma sociedade para lidar com os problemas fundamentais da vida cotidiana, como nutrição, desenvolvimento biopsicológico e reprodução. Dentro do conceito atual de uma sociedade em rápida mudança, a educação nutricional é parte essencial da educação para saúde, visto que a saúde física e mental depende do estado de nutrição do indivíduo.

A maioria da população continua a manter comportamentos indesejáveis sob o ponto de vista de seu bem-estar, como hábitos de fumo, do alcoolismo, do desmame precoce, do consumo excessivo de alimentos e medicamentos alopáticos ou do descaso com o autocuidado. Dessa forma, a educação em saúde pode ser comparada a uma abordagem paternalista e autoritária, na medida em que essa educação se disvincula da situação social e cultural das comunidades e se traduz pelo assistencialismo, com o objetivo simplista de educar a população mal-orientada (LAGANÁ, 1989).

Pilon (1990), define a educação em saúde não apenas como um meio para a solução dos problemas, mas face à definição dos problemas enquanto tais, por meio de um enfoque compreensível e holístico do projeto de vida do homem.

A educação permanente em saúde deveria possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas, tanto de gestão, como de atenção e de controle social. As ações propostas de treinamento aos educandos trabalham de maneira descontextualizada e se baseiam principalmente na transmissão de conhecimentos. Torna-se necessária a vivência e/ou reflexão sobre as práticas experimentadas, que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações (CECIM, 2005).

Os modelos tradicionais de educação em saúde centrados no educador e no saber técnico-científico, sem se ater à problemática que envolve a pessoa, têm sido questionados, em razão de sua ineficácia e caráter fragmentalizador (MOTTA, 1998; RODRIGUES et al. 2005; BOOG, 1996).

A visão holística em saúde tende buscar práticas e meios naturais de tratamento, oferecendo amplas possibilidades para ajudar as pessoas a desenvolver atitudes, disposições, hábitos e práticas que promovam o bem-estar integral (BOOG, 1996).

Alves (2002 p. 20) afirma que “o médico atualmente é uma unidade biopsicológica móvel, portadora de conhecimentos especializados, e que vende serviços” e faz uma crítica ao relatar que o médico de hoje não é procurado por ser amado e conhecido, mas por constar no catálogo do convênio. A relação do médico antigo com o cliente era uma relação de gratidão e admiração, o médico atual tem uma relação de competição.

Segundo Hoga (2004), a humanização da assistência à saúde é uma demanda atual e crescente no contexto brasileiro, que tem o intuito de minimizar a problemática que envolve a realidade dos atendimentos prestados à população, principalmente aos usuários dos serviços de saúde que se queixam de maus tratos de que são vítimas. Assim, o Ministério da Saúde do Brasil, lançou o “Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar” e produziu o documento “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher”, objetivando enfrentar os desafios do âmbito da humanização e promoção da qualidade do atendimento à saúde. Dessa forma, a dimensão subjetiva do profissional provoca impacto sobre a forma como se dá a relação entre profissionais e usuários do setor de saúde.

Ao trabalhar a educação nutricional, o nutricionista deve estar atento aos instrumentos que usará para esse fim. A orientação e/ou aconselhamento nutricional podem ser um dos instrumentos utilizados pela educação nutricional. De acordo com Gouveia (1999), os objetivos da educação nutricional tradicional concentram-se no sentido de garantir o acesso às informações, para a obtenção de uma dieta balanceada que conduza a um bom estado de saúde, sendo seu objetivo fundamental persuadir as pessoas a mudar seu comportamento para melhor. Seria mais fácil persuadir as pessoas a comer os alimentos nutricionalmente adequados que a não comer os alimentos nutricionalmente inadequados.

De acordo com Rodrigues et. al (2005, p.127), o aconselhamento nutricional constitui uma estratégia para um determinado tipo de intervenção educativa em nutrição, sendo a educação mais ampla do que o aconselhamento. O aconselhamento é conceituado pelas autoras como

uma modalidade da educação nutricional, efetuada por meio do diálogo entre cliente portador de uma história de vida - que procura ajuda para solucionar seus problemas de alimentação, e o nutricionista - preparado para analisar o problema alimentar no contexto biopsicossocial da pessoa, que a auxiliará a explicitar os conflitos que permeiam o problema, a fim de buscar soluções que permitam integrar as experiências de criação de estratégias para o enfrentamento dos problemas alimentares na vida cotidiana, buscando um estado de harmonia compatível com a saúde.

Ainda sob esse aspecto, Cerqueira apud Boog (1999), define a educação nutricional como uma medida de alcance coletivo com o fim primordial de proporcionar os conhecimentos necessários e a motivação coletiva para formar atitudes e hábitos de uma alimentação sadia, completa, adequada e variada.

Westphal (1994) apud Motta (1998), afirma ser necessário rever e optar por uma abordagem educativa que norteie os processos educativos das ações de saúde citando três linhas, sendo uma dessas linhas, a pedagogia libertadora, de Paulo Freire, também chamada de pedagogia do conflito, por privilegiar como instrumental educativo, o desvelamento das contradições e conflitos da sociedade.

Um ambiente favorável à motivação do aluno desempenha um importante papel na aprendizagem e conseqüente mudança de comportamento, na medida em que promove desafios para o aluno. Esse ambiente deve ser caracterizado por desequilíbrio, necessidade, carência, contradição, desorganização etc (MIZUKAMI, 1986).

Ainda segundo Westphal (1994) apud Motta (1998, p.44),

a educação não é um ato através do qual o sujeito transformado em objeto recebe dócil e passivamente os conteúdos que o outro lhe impõe. É pelo contrário uma ação que exige a presença curiosa do sujeito, cidadão, em face do mundo. Demanda uma busca constante, reflexão crítica de cada um sobre o fato de conhecer para evidenciar os condicionamentos a que o ato está submetido.

Segundo Boog (1997), não basta apenas transferir as informações técnicas instaladas em monólogos, sem se ater aos fatos relativos à alimentação e seus significados na vida das pessoas.

O ato de ensinar terá conseqüências satisfatórias, a partir do momento que o educador se desprender de suas próprias defesas, pelo menos temporariamente, e tentar compreender como é que a outra pessoa encara e sente a sua própria experiência. O conhecimento ensinado não possui resultados que tenham conseqüências. Uma forma mais satisfatória de aprender é confessar as próprias dúvidas, procurar esclarecer os enigmas, a fim de compreender melhor o significado real da própria existência (ROGERS, 1997).

A educação nutricional é vista como uma representação de fatores psicológicos e culturais, compreendendo um universo de significados, de forma que, na alimentação, o homem se expressa psicológica e culturalmente. O procedimento de instruir sobre como proceder aos atos alimentares (o que comer, o que comprar e como preparar) ignorando conflitos e contradições, não terá resultados eficazes, e o educando poderá proceder mecanicamente segundo o pensar do educador (GARCIA, 1992; BOOG, 1999).

Boog (1997), aponta algumas diferenças importantes entre educação nutricional e orientação nutricional como mostra o quadro 1.

Por meio dessas diferenças apontadas por Boog (1997), estabelece-se uma relação mais estreita com os princípios da educação nutricional fundamentadas principalmente na abordagem humanista.

No Brasil, o interesse pela educação nutricional surgiu nos anos quarenta, e a primeira publicação da OMS a respeito data do início dos anos cinquenta. Atualmente a educação nutricional é um desafio que ultrapassa os conceitos de missão ou dom, mas sim estudo e trabalho. Infelizmente, a educação nutricional não evoluiu o quanto poderia como ocorreu com outras especialidades dentro do campo da nutrição. Isso se deve, devido alguns obstáculos como, por exemplo, a falta de métodos de ensino de educação nutricional no âmbito acadêmico e a inexistência de espaço institucional para as ações sociais da educação nutricional nas organizações de saúde (BOOG, 1999).

É necessário maior discussão sobre abordagens pedagógicas, modelos e teorias na prática da educação nutricional. Ela deve ser fundamentada em teorias pedagógicas e na filosofia da educação, cabendo ao profissional se especializar nessas teorias ao praticar a educação nutricional. (CERVATO et al., 2004; BOOG, 1997). De acordo com Boog (1997), o profissional que desconsidera estes aspectos compete com o leigo que também faz educação alimentar.

Educação Nutricional	Orientação Nutricional
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ênfase está no processo de modificar e melhorar o hábito alimentar a médio e longo prazo. ▪ Preocupação com as representações sobre o comer e a comida, com o conhecimento, as atitudes e a valoração da alimentação para a saúde, além das mudanças de práticas alimentares. ▪ As mudanças necessárias ao controle das doenças, entre elas às relativas à alimentação, devem ser buscadas numa perspectiva de integração e de harmonização nos diversos níveis: físico, emocional e intelectual. ▪ O objetivo do processo é estabelecido em função das necessidades detectadas que são discutidas com o paciente e das perspectivas e esperanças do cliente ou pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ênfase está na mudança imediata das práticas alimentares e nos resultados obtidos. ▪ A preocupação precípua é a mudança de práticas e o seguimento da dieta. ▪ As mudanças relativas à alimentação devem ser obtidas mediante o seguimento da dieta. ▪ O objetivo do processo é estabelecido em função das metas definidas pelo profissional, para controle dos processos patológicos.

Quadro 1 – Diferenças entre educação nutricional e orientação nutricional (Adaptado de Boog, 1997, p.16).

Em seu estudo de intervenção, Rodrigues (2005), estudou a problematização do comportamento alimentar de vinte e dois adolescentes obesos, no contexto do aconselhamento dietético como estratégia de educação nutricional. Observou-se em seu estudo que a problematização foi um instrumento facilitador para a mudança de comportamento alimentar, fazendo emergir fatores correlacionados ao mesmo. O estudo concluiu que a intervenção construída através da integração da problematização às etapas do processo de aconselhamento é

eficaz para ajudar os adolescentes a compreenderem sua história de vida e os fatores determinantes do comportamento alimentar, conscientizarem-se das possibilidades de perpetuação da mudança das práticas alimentares exercendo com autonomia o seu papel de sujeitos no programa de educação em saúde, de forma a buscar qualidade de vida de forma ampla.

Mota (1998), avaliou em seu estudo, os efeitos de um programa de educação nutricional participante no controle metabólico e qualidade de vida de mulheres com Diabetes *mellitus* tipo 2. Os procedimentos para sua pesquisa envolveram técnicas quantitativas e qualitativas e seus resultados evidenciaram como eficácia do programa educativo, um aumento na adesão à prática da atividade física, redução no uso de hipoglicemiantes, na frequência de sintomas associados ao diabetes e aumento subjetivo do bem-estar, entre as mulheres participantes. Por meio das verbalizações das integrantes do estudo, indicou-se que o programa educativo contribuiu para a aquisição de conhecimentos, aceitação da doença, diminuição de sentimentos de ansiedade, negação, depressão e medo, aumento do sentimento de apoio-emocional, aceitação das orientações, aumento da auto-estima, do desejo de participação, da interação social, e da aquisição de habilidades para o manejo do *stress*. O estudo concluiu, que a educação nutricional participante é proposta válida para a melhoria do controle metabólico e qualidade de vida de mulheres com Diabetes *mellitus* tipo 2.

A finalidade principal da teoria voltada à educação nutricional deve ser a de possibilitar ao ser humano assumir com consciência a responsabilidade pelos seus atos relacionados à alimentação. A educação nutricional não deve ser uma ferramenta mágica para levar o educando a obedecer à dieta, pelo contrário, ela deve levar a conscientização e a autonomia do educando (BOOG, 1999).

O treinamento de autocontrole comportamental tem sido a base teórica da maioria dos programas de tratamento de obesidade (CERVATO et al., 2004; GOODRICK e FOREYT, 1999). Segundo Goodrick e Foreyt (1991), esse treinamento ocorre com o uso de métodos e técnicas de autocontrole para efetuar mudanças de comportamento relativo à ingestão alimentar. O ponto negativo das teorias comportamentais é que elas funcionam em curto prazo, e os indivíduos experimentam um sucesso temporário na manutenção do peso perdido, apresentando relapsos à ingestão compulsiva de alimentos e em muitos indivíduos, esses relapsos estão relacionados ao desenvolvimento de ingestões compulsivas, caracterizadas pela falta de controle de ingesta e dependência alimentar.

Para um comportamento ser modificado é necessário também, considerar os aspectos psicológicos envolvidos, as atitudes individuais e as normas sociais (pressão dos grupos). Não se levando em consideração as motivações emocionais profundas das quais os indivíduos não têm consciência, a autonomia para o controle do peso (aquela que leva a reflexões do ato de comer) tão desejada na educação nutricional torna-se cada vez mais difícil (CERVATO et al., 2004).

Muzukami (1986), descreve a abordagem comportamentalista como uma teoria baseada na fixação de respostas padronizadas, sendo o processo mais arcaico de incorporações de modificações. Nessa aprendizagem, o que o organismo persegue é o esforço e não a aprendizagem em si. Considerando-se que a memória é operativa, ou seja, não é um depósito de lembranças, mas modifica as lembranças, de acordo com o desenvolvimento mental do indivíduo, coloca-se em questionamento a aprendizagem de respostas padronizadas e sua transferência.

Ao limitar a consciência a um papel passivo e repetitivo contribui-se para a alienação do homem, em lugar de o ajudar a humanizar-se. A educação fundamentada nas idéias de Paulo Freire, pelo contrário, opera uma espécie de mudanças na consciência. Essas mudanças, não se caracterizam tanto pela sua capacidade de armazenar idéias, conteúdos que lhe vêm do exterior, mas sim pelo seu poder reflexivo. Assim, consciência e mundo não se separam e inexiste um sem o outro. Ao separar-se a consciência humana do mundo, estabelece as bases da pedagogia de condicionamento, de domesticação da consciência e do seu poder reflexivo. O homem se torna um objeto de ensino, não o sujeito de seu saber. A educação passiva e repetitiva paralisa o poder crítico do homem e sua capacidade de reflexão (MOURA 1978).

As abordagens cognitivas, a partir das descobertas de como a inteligência se desenvolve, consideram que a lógica não é inata à pessoa, mas que ela se constrói, sendo que a primeira tarefa da educação deveria consistir em formar o raciocínio. Sem a intervenção do exterior, o ser humano não conseguiria adquirir suas estruturas mentais mais essenciais, nem chegar a sua autonomia intelectual e moral. O conhecimento não pode chegar pronto à pessoa, ele deve ser compreendido e o meio influencia essa descoberta, na medida que proporciona a possibilidade de criar situações que exijam o máximo de exploração por parte dela, estimulando estratégias de compreensão da realidade (MIZUKAMI, 1986).

Muzukami (1986), classifica a abordagem sócio-cultural como a que consiste na visão do processo educativo desenvolvido por Paulo Freire. De acordo com Moura (1978), a principal característica da educação fundamentada em Paulo Freire é a que insiste constantemente sobre a “problematização dos homens nas suas relações com o mundo” e que tem a finalidade de

procurar respostas adequadas, tipicamente humanas e críticas.

Diante disso, Paulo Freire constatou que a consciência guiada para uma realidade criadora, pode encontrar-se, de fato, impedida de o ser, em milhões de homens e mulheres, no Brasil e em toda a América do Sul, devido às condições que, historicamente, lhe são impostas. Paulo Freire, por meio de uma análise concreta e aprofundada demonstrou que há diferentes níveis de consciência passíveis no ser humano, a saber: um nível primário, um nível mágico e um nível crítico (este é raro) (MOURA, 1978).

- Nível de consciência primária: quando o homem se crê superior aos fatos, os domina do exterior e se julga, assim, livre de os compreender da maneira que lhe apraz. Há tendência a dar as causas um caráter estático. O homem cuja consciência é primária imobiliza a realidade, retirando seu caráter dinâmico, sendo o seu juízo mais dogmático.
- Nível de consciência mágica: ainda menos evoluído que o primário. Age de forma contrária ao nível de consciência primária. A sua característica principal é atribuir tudo a um poder superior, um poder que lhe é exterior e que a domina, e ao qual deve submeter-se docilmente. Esse poder superior é recorrido pelo homem espontaneamente, para a resolução de todos os problemas que se deparam. Há um temor por esse poder superior. É caracterizado também pela impotência diante dos fatos, dos acontecimentos, das coisas, de uma maneira crítica. A consciência mágica desenvolve uma atitude passiva e fatalista. E o fatalismo, conduz à impossibilidade de agir contra o poder dos fatos, diante dos quais o homem é um vencido. As condições cruéis da existência que lhe são impostas, tornam-se aceitas, o homem nem ousa pensar que pode levantar-se e reconquistar aquilo que lhe pertence: a sua dignidade humana, a sua liberdade, uma consciência livre.
- Nível de consciência crítica: esse nível de consciência está ao alcance de todo o ser humano, pelo simples fato de ser homem, não sendo monopólio de uma casta de privilegiados. A consciência crítica desvenda, põe a nu, de certo modo o real, opaco à consciência primária, opaco e quase-sagrado (tabu) para a consciência mágica. Nessa consciência o homem deixa de ser um domesticado, um dominado, um vencido, graças ao poder ativo da sua consciência. O homem terá a oportunidade então, de viver um novo tipo de relação com o mundo, consigo próprio e com os outros. Ao despertar para a consciência crítica, o homem rompe com as correntes que o mantinham prisioneiro do seu estado mental herméticamente fechado e o impediam de se humanizar. Assim, suas ações mudarão, já que a relação entre a natureza da ação e do conhecimento estão intimamente ligados. Para Paulo Freire a ação do homem jamais será uma ação crítica, portanto humana, se o seu conhecimento é de ordem mágica ou primária. A educação deve ser iniciada pelo despertar da consciência crítica. (Moura, 1978, p. 73).

A educação praticada por Paulo Freire é chamada de “problematizadora” ao se caracterizar por uma constante problematização das relações homem-mundo. Por meio do ato de reflexão profundo a dúvida acontece e conseqüentemente a análise e a descoberta. Porém essa

descoberta nunca será definitiva, mas sim provocará mais interrogações. Ao conhecer a realidade de uma maneira crítica, o homem terá condições de agir nessa realidade - o mundo, a sociedade e ele próprio – para a transformar (MOURA, 1978).

Ao contrário de uma proposta sistematizada de educação, as abordagens de ensino centradas no desenvolvimento da personalidade do indivíduo (sendo o ambiente uma das condições necessárias para ao desenvolvimento individual – abordagem humanista), dão ênfase aos processos de construção e organização pessoal da realidade e na capacidade do sujeito de atuar como uma pessoa integrada. A ênfase nessa abordagem encontra-se na vida psicológica e emocional do sujeito e a preocupação com a sua orientação interna, com o autoconceito, com o desenvolvimento de uma visão autêntica de si mesmo, orientado para a realidade individual e grupal. O conteúdo da educação baseada neste tipo de processo educacional consiste em experiências que o aluno reconstrói, assim o professor não se prende a transmissão de conteúdo, mas sim, se torna um facilitador da aprendizagem onde o conteúdo advém das próprias experiências trazidas pelo aluno (ROGERS, 1997). De acordo com Mizukami (1986), apesar dessa proposta de educação criticar a transmissão de conteúdos, ela não defende a supressão do fornecimento de informações.

Qualquer método educativo que possa ser utilizado na educação nutricional que tenha como consequência a inibição da capacidade do ser humano de criar e recriar, a partir de um diálogo vivo com o seu educador (neste caso o educador nutricionista), não poderá se tornar eficaz.

Para Alves (2000, p. 78), “não existe nada mais fatal para o pensamento que o ensino das respostas certas. As respostas nos permitem andar sobre a terra firme. Mas somente as perguntas nos permitem entrar pelo mar desconhecido”.

De acordo com Alves (2002), o conhecimento e a mudança só ocorrem em situação-problema, ou seja, quando não há problemas, não há pensamento, mas sim usufruto. Do problema, segue-se à descoberta. O problema produz perplexidade e incômodo a alguém e apenas será uma descoberta se aliviar alguém do peso do problema. Ao analisar o problema e ao vê-lo com clareza, será possível solucioná-lo.

Alves (2002, p. 35), ainda afirma “a solução é o caminho que o levará de onde você está ao lugar onde você deseja ir. Começando do ponto ao qual se deseja chegar, evita-se o comportamento errático e desordenado a que se dá o nome de tentativa e erro”.

Ainda para Alves (2002), ao se repetir constantemente um hábito percebe-se que certas

coisas se seguem a outras e que os eventos se organizam em cadeias causais. No momento em que passamos a deixar de usar e repetir as mesmas receitas e passamos a querer compreender, caminhamos dos fatos para a interpretação.

Fazendo-se um paralelo à idéia de Alves (2002), e incorporando-a a educação nutricional para saúde, podem-se observar alguns desafios que a cercam atualmente, em que o padrão alimentar da sociedade está sensivelmente alinhado ao apelo da mídia, das propagandas alimentares muitas vezes enganosas e da busca incansável pelo corpo/peso ideal. Esses fatores levam as pessoas à “copiar” modelos de vida que estão fora da realidade, submetendo-as ao consumo inadequado de alimentos. Muitas vezes essas pessoas podem saber dos riscos à saúde as quais estão envolvidas. Dessa forma, a educação nutricional não se basta a mera transmissão de informações acerca da alimentação, mas sobretudo, despertar nos indivíduos a consciência crítica e a autonomia para saber agir diante de modismos alimentares apelativos e a criar em si conceitos e atitudes condizentes com a sua realidade, principalmente no âmbito alimentar.

3 OBJETIVO

Descrever e analisar a estrutura e o funcionamento de um grupo de reeducação alimentar no município de Piracicaba, sob os aspectos de seus objetivos, metodologia de ação e resultados alcançados.

4 MÉTODO

4.1 Métodos de pesquisa

O método de pesquisa pode ser considerado como o conjunto de técnicas e/ou procedimentos adotados para se validar alguma hipótese ou para se atingir determinado conhecimento (GIL, 1999). Segundo Demo (1989), há duas linhas principais do método de pesquisa: a linha dedutiva e a linha indutiva.

A linha dedutiva procura observar elementos gerais e que se repetem, visando a generalização dos fatos. Para isso é importante a repetição e a obtenção de um grande número de elementos verificáveis. Por outro lado, a linha indutiva incide na observação de elementos particulares e suas características, não visando, inicialmente, a generalização de fatos, os quais podem ocorrer posteriormente. O ponto principal da indução é a observação verificável, ou seja, prioriza o caráter empírico da pesquisa (DEMO, 1989).

A linha indutiva é também conhecida como pesquisa qualitativa que, segundo Minayo (1994), responde a questões particulares, se preocupando com um nível de realidade que não pode ser quantificada, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações.

Desta forma, considerando-se o caráter empírico deste trabalho e que o mesmo teve como objetivo descrever e analisar um grupo de reeducação alimentar em particular, observa-se que o método de pesquisa está ligado à linha indutiva. Considerando-se, portanto, a linha indutiva como a base lógica da investigação deste trabalho, pôde-se neste ponto, definir o tipo da pesquisa realizada.

Quanto ao delineamento de pesquisa, adotou-se o estudo de caso do tipo exploratório. Para Malhotra (2001, p. 106), “a pesquisa exploratória é um tipo de pesquisa que tem como principal objetivo o fornecimento sobre a situação-problema enfrentada pelo pesquisador e sua compreensão”. Essa pesquisa é útil quando há uma vaga noção do assunto, sendo necessário conhecê-lo profundamente para se estabelecer melhor o problema de pesquisa através da elaboração de questões e do desenvolvimento ou criação de pressupostos para os fatos e fenômenos a serem estudados.

O estudo de caso pode ser considerado como uma estratégia de pesquisa empírica, que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, mas que não pode

manipular comportamentos relevantes. O estudo de caso, compreendendo planejamento, coleta e análise de dados, utiliza duas fontes de evidências, a observação direta e a série sistemática de entrevistas (YIN, 1994).

4.2 Delineamento da pesquisa

4.2.1 Planejamento do estudo de caso

Para a realização do estudo de caso, Yin (1994), sugere a elaboração de um protocolo que contenha regras gerais que devem ser seguidas durante o estudo a ser realizado. O protocolo constitui-se basicamente de cinco partes, sendo elas, objetivos, fontes de dados, coleta de dados, análise de dados e conclusões. O protocolo de estudo de caso deste trabalho é apresentado no Quadro 2.

Seção	Item	Descrição
Visão geral	Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudar o funcionamento, englobando conteúdo utilizado, procedimentos de trabalho, temas abordados, formas de exposição e matérias utilizados por um grupo de reeducação alimentar.
Procedimentos de campo	Fontes de dados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Âmbito teórico: <ul style="list-style-type: none"> ○ Revisão bibliográfica ▪ Âmbito teórico prático: <ul style="list-style-type: none"> ○ Papel da coordenadora; ○ Papel da secretária; ○ Características do público participante; ○ Apostilas e materiais impressos; ○ Material de divulgação
Questões do estudo de caso	Objeto da pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problematizar a ação, bem como os resultados conseguidos por um grupo de reeducação alimentar a partir dos princípios teóricos e metodológicos da educação nutricional.
	Coleta de dados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista com membros do grupo participantes ▪ Observação direta do grupo
	Análise de dados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descrição do caso, confrontando com a revisão bibliográfica realizada; ▪ Proposições teóricas.
Guia para o relatório	Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relato final

Quadro 2 – Protocolo do estudo de caso realizado.

4.2.2 Tipos de projetos para a estratégia de estudo de caso

Segundo Yin (2001), há dois tipos de projetos para a estratégia de estudo de caso. São eles:

- projetos de casos únicos;
- projetos de casos múltiplos;

Um projeto de caso único é justificável, segundo Yin (2002), sob certas condições:

1. Nas quais o caso representa um teste crucial da teoria existente – caso decisivo. Para confirmar, testar ou estender a teoria, deve existir um caso único, que satisfaça todas as condições para se testar a teoria. O caso único pode, então, ser utilizado para se determinar se as proposições de uma teoria são corretas ou se algum outro conjunto alternativo de explicações possa ser mais relevante. Tal estudo pode até ajudar a redirecionar investigações futuras em uma área inteira.
2. Nas quais o caso é um evento raro ou exclusivo. Um exemplo na situação da psicologia clínica é o caso de uma lesão ou um distúrbio específico que pode ser tão raro que valha a pena documentar e analisar qualquer caso único, como numa síndrome clínica rara. O estudo de caso único, em tais circunstâncias é um projeto de pesquisa apropriado sempre que se encontrar uma nova pessoa com esta síndrome.
3. Nas quais o caso serve a um propósito revelador. Essa situação ocorre quando o pesquisador tem a oportunidade de observar e analisar um fenômeno previamente inacessível à investigação científica. O estudo de caso único tendo como base sua natureza reveladora, é utilizado quando outros pesquisadores têm oportunidades semelhantes e podem desvendar alguns fenômenos predominantes previamente inacessíveis aos cientistas. Vale a pena, portanto, conduzir um estudo de caso porque a informação descritiva por si só será reveladora.

Segundo Yin (2002), quando o mesmo estudo conter mais de um caso único, ele precisa utilizar um projeto de casos múltiplos, ou comparativos. Ao escolher um estudo de caso múltiplo, é importante considerá-lo como se consideraria experimentos múltiplos, isto é, seguir a lógica da

replicação. Cada caso deve ser cuidadosamente selecionado de forma a prever resultados semelhantes (uma replicação literal); ou produzir resultados contrastantes apenas por razões previsíveis (uma replicação teórica).

Nesta pesquisa, escolheu-se o estudo de caso único, justificável, segundo Yin (2002), como um caso revelador. Ao investigar a abordagem educativa utilizada no grupo de reeducação alimentar, objeto de estudo dessa pesquisa, levantaram-se questionamentos sobre seus resultados no âmbito educativo. Esse grupo, especificamente, não apresentou uma estrutura educacional coerente ou compatível com as referências levantadas na pesquisa, sendo as informações descritivas relatadas, de caráter revelador.

Uma questão comum em relação aos estudos de caso seria “como generalizar a partir de um caso único?”.

Segundo Yin (2002), a generalização acontece a proposições teóricas, e não a populações ou universos. Assim, o estudo de caso não tem o objetivo de representar uma amostragem, fazendo-se um estudo particularizante, mas sim, expandir e generalizar teorias acerca do assunto em questão.

4.2.3 Habilidades desejáveis para um pesquisador de estudo de caso

As habilidades exigidas para se coletar os dados para um estudo de caso são muito mais exigentes do que aquelas necessárias para se realizar um experimento ou um levantamento. É necessário que o pesquisador seja bem treinado e experiente para conduzir um estudo de caso de alta qualidade devido à contínua interação entre as questões teóricas que estão sendo estudadas e os dados que estão sendo coletados. Durante a fase de coleta de dados, somente um pesquisador mais experiente será capaz de tirar vantagem de oportunidades inesperadas e também ter cuidado suficiente para se proteger de procedimentos potencialmente tendenciosos (YIN, 2002).

Algumas habilidades desejáveis para um pesquisador de estudo de caso, incluem, saber fazer boas perguntas, assim como boas interpretações das respostas; ser bom ouvinte, e não se enganar quanto as suas ideologias e preconceitos; ser adaptável e flexível, de forma a encontrar situações oportunas e não ameaçadoras; ser imparcial em relação a noções preconcebidas e ser sensível e estar atento a provas contraditórias e finalmente ter compreensão das questões que estão sendo estudadas (YIN, 2002).

4.2.4 Coleta de evidências

O grupo de emagrecimento estudado se instalou nas dependências de uma Igreja católica num bairro central do município de Piracicaba.

Piracicaba é um município de 360,762 mil habitantes (IBGE, 2005) e localiza-se a cerca de 160 KM da capital de São Paulo.

Foram realizadas quatro visitas ao local do estudo nos dias 18/08/2005, 01/09/2005, 14/09/05, 15/12/2005. Na primeira visita foram coletados os seguintes materiais: impressos de receitas culinárias, impressos de cardápios e ficha individual de avaliação nutricional. Foram realizadas entrevistas com a aplicação de questionário com a secretária e a coordenadora sobre o funcionamento do grupo (anexo 1). Nas visitas seguintes foram descritos os roteiros que permitiram o acompanhamento dos encontros realizados no grupo estudado (anexo 2).

Segundo Yin (1994), uma das mais importantes fontes de informação para um estudo de caso são as entrevistas.

Nesse estudo de caso, o tipo de entrevista utilizada, segundo Yin (1994,) foi do tipo focal, ou seja, é realizada por um curto período de tempo – 1 hora, por exemplo, assumindo o caráter de uma conversa informal, porém, com o seguimento de um certo conjunto de perguntas que se originam do protocolo de estudo (anexo 6).

Utilizou-se para esse estudo, outra fonte de informação importante, que segundo Yin (1994), pode ser utilizada na observação de comportamentos ou condições ambientais relevantes, a observação direta.

As observações utilizadas nesse estudo foram de fundamental importância, pois permitiram fornecer informações adicionais à pesquisa, favorecendo a análise dos dados.

Foram aplicados também, questionários que foram entregues de forma aleatória, para quatro participantes do grupo de reeducação alimentar estudado (anexo 3).

Os dados coletados são apresentados e discutidos no capítulo 5 (resultados).

4.2.5 Relatório do estudo de caso

O relatório do estudo de caso está descrito no capítulo 5 (resultados).

5 RESULTADOS

Os resultados foram obtidos a partir do estudo de caso de um grupo de reeducação alimentar por meio de quatro visitas, realizadas nos meses de agosto e dezembro de 2006.

5.1 Primeira visita: estrutura e organização do grupo

O grupo de reeducação alimentar estudado iniciou suas atividades em 1995, atuando em Piracicaba e Rio Claro, município localizado a 30 Km de Piracicaba. Esse grupo é realizado de segunda a sexta-feira no período da tarde e da noite em Piracicaba e Rio Claro. Os encontros ocorrem uma vez por semana e tem duração de duas horas, sendo ½ hora de pesagem e 1 ½ hora de palestra.

O local disponibilizado para os encontros, foi o salão de festas de uma igreja católica. O local era amplo e permanecia com as portas e janelas abertas à rua, podendo ter acesso à palestra pessoas que transitavam pela calçada. Cada participante ao sentar-se escolhia a sua cadeira e a distribuía pela sala. O cartaz em cartolina branca era o instrumento de projeção e permanecia fixado em uma mesa em direção aos participantes.

Não havia limite para o número de participantes em cada grupo, não existindo um número máximo e um mínimo de participantes. Já houve grupos com cinco ou setenta participantes.

O participante não possui um ciclo de permanência no grupo. Ele próprio define quanto tempo deseja permanecer.

O público participante era composto na maior parte, por senhoras jovens e de meia idade com excesso de peso.

Não havia divisão dos participantes por faixa etária. Crianças de oito anos podem frequentar o grupo com senhores (as) de oitenta anos.

Também não havia divisão do grupo por doença, necessidade, expectativa ou perfil socioeconômico.

Segundo seus organizadores, o grupo visava primeiramente o emagrecimento e controle da obesidade, e também controle das suas doenças associadas.

A divulgação do grupo é feita por meio de divulgação por propaganda em rádio, faixas espalhadas por salões de igrejas e “boca-a-boca”, sendo esta divulgação a mais eficiente, segundo os seus organizadores.

Função	Atividades
<i>Técnica em nutrição e coordenadora do grupo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento das palestras • Exposição dos conteúdos das palestras • Pesagem • Elaboração de cardápios-padrão
<i>Secretária</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Recepção dos participantes • Tesoureira • Vendedora
<i>Nutricionista</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de cardápios-padrão

Quadro 3 – Equipe de coordenação do grupo

É importante ressaltar que segundo a informação da coordenadora do grupo estudado, a nutricionista não participa das reuniões com esse grupo.

Cada novo participante realizava sua matrícula, respondendo algumas perguntas elaboradas na ficha de acompanhamento (anexo 4) que era entregue pela secretária. Cada novo participante recebia um folheto informativo sobre o grupo de reeducação alimentar (anexo 5).

No momento da matrícula, o participante era pesado e era realizada a sua primeira avaliação antropométrica. Essa avaliação consistia no cálculo do índice de massa corporal (quociente do peso pelo quadrado da altura da pessoa), e era realizado pela técnica em nutrição. Não eram realizados no grupo estudado, exames clínicos ou laboratoriais.

Em cada encontro eram realizadas as seguintes atividades, sequencialmente: pesagem, venda de matérias complementares, pagamento do encontro e realização da palestra.

A pesagem de cada participante era realizada pela técnica em nutrição. O peso da pessoa era anotado na ficha de acompanhamento, pela secretária.

Após a pesagem, ficavam à disposição para venda diversos materiais complementares e alguns tipos de alimentos. Esses materiais eram apostilas contendo cardápios-padrão e receitas para preparação de alimentos. Os cardápios-padrão eram elaborados pela nutricionista. Existiam três cardápios-padrão distintos: para adultos, para crianças e para gestantes. O valor das apostilas variava entre R\$ 10,00 e R\$ 40,00. Caso houvesse dúvidas sobre a utilização do cardápio, as

peessoas voluntariamente solicitavam orientações à coordenadora do grupo. A coordenadora afirmava que em função de sua prática nos grupos, ela tinha condições de esclarecer as dúvidas dos participantes, não sendo necessária a presença da nutricionista.

Os alimentos vendidos eram pães e biscoitos intitulados como “light” ou “redução de calorias”, chás verdes, entre outros de procedência desconhecida.

Também após a pesagem, os participantes faziam o pagamento da sua mensalidade no valor de R\$ 35,00 referente a quatro encontros. Segundo a coordenadora do grupo estudado, quando o participante atingisse o seu peso ideal, ele passava a pagar R\$ 10,00 ao mês para sua manutenção.

Para a realização da palestra foram utilizadas folhas de cartolina, mesa e cadeira. Não existia um planejamento de temas a serem abordados. Os temas eram escolhidos pela coordenadora aleatoriamente. Também eram utilizados como fontes para elaboração da palestra, revistas populares não-técnicas.

A coordenadora do grupo era responsável pela elaboração e realização de cada palestra que foi estruturada em quatro etapas:

- Exposição do tema da palestra: neste momento a palestrante apresenta um cartaz contendo frases referentes ao tema, discutindo e exemplificando o assunto com os participantes;
- Depoimento: feito por um participante escolhido pela palestrante. Ao palestrante é solicitado que exponha sobre sua experiência de emagrecimento. Também são expostos pelo participante, depoimentos psico-sociais e emocionais;
- Entrega de Receitas: a palestrante entrega pequenas receitas para cada participante (anexo 7);
- Entrega de certificados, premiação e leitura de um texto final conhecido como “mensagem do dia”: a palestrante entrega certificados para os participantes que se destacaram no “emagrecimento da semana”. O participante que mais emagreceu é premiado também com um vaso de flores. O texto final contém mensagens de auto-ajuda.

Nesse grupo, ocorreram muitas faltas, assim como ocorreram muitas matrículas. Segundo a coordenadora, ocorrem no grupo muitas faltas, assim como muitas matrículas e o grupo mantém uma média de quarenta pessoas, podendo chegar a oitenta no período do verão.

Ocorrem também, segundo a coordenadora do grupo, muitas desistências. Segundo a secretária do grupo, cerca de 10% dos participantes podem atingir seus objetivos no grupo e existem alguns participantes que faltam com frequência e mesmo não atingindo seus objetivos não deixam de participar dos encontros.

Não havia “alta dos encontros” para o participante e o mesmo podia permanecer no grupo o tempo que achasse necessário.

Alguns participantes eram fotografados ao ingressarem nos grupos e após atingirem o peso ideal. As fotos eram mantidas em álbum que ficava disponível para todos os participantes, sem qualquer preocupação explícita com a exposição da imagem deles.

Segundo a coordenadora do grupo, os resultados obtidos eram registrados por meio desse álbum, pelos depoimentos dos participantes em cada encontro e suas declarações nos folhetos que eram entregues no ato da matrícula.

5.2 Segunda visita: detalhamento da palestra

Na segunda visita, acompanhou-se com detalhes a realização da palestra pela coordenadora.

A coordenadora que também assumia o papel de palestrante do grupo iniciou suas atividades com a apresentação do cartaz contendo frases referentes ao tema “Você é aquilo que crê que pode ser”. As frases foram as seguintes:

- Tire proveito do poder das palavras e substitua pensamentos negativos por positivos;
- Se você deseja realizar um sonho isso depende só, única e exclusivamente de você;
- Concentre-se na atitude e não no peso;
- Cuidado: refrigerante mesmo na versão *light* é um obstáculo se você quer emagrecer;
- Atividade física é essencial; não deixe de consumir proteína;
- O ser humano tem flexibilidade e capacidade de aprendizado para levar adiante todos os seus projetos, mas tenha disciplina, paciência e persistência. Ame-se mais.

Dentre as explicações da palestrante foi comentado sobre a importância de se consumir alimentos ricos em proteína que segundo ela “melhora o trabalho do organismo no exercício físico”.

A palestrante, a seu modo, explicou e ofereceu exemplos aos participantes sobre cada

frase exposta. O tema central foi discutido levando-se em consideração, o que a palestrante chamou de “emagrecimento mental antes do emagrecimento corporal”.

Na seqüência, um participante foi chamado pela palestrante para expor seu depoimento sobre a evolução de seu emagrecimento. Esse momento despertou grande entusiasmo e descontração nos participantes. O participante escolhido relatou a sua evolução no grupo citando exemplos pessoais, sociais e emocionais ligados a sua mudança alimentar. O participante se emocionou, rindo e chorando durante sua exposição. Durante o relato, quando julgavam necessários, os participantes e a palestrante solicitavam que ele respondesse às suas perguntas sobre seu depoimento. No final houve uma salva de palmas.

Após o depoimento, houve um momento em que os participantes fizeram perguntas à palestrante sobre suas dúvidas referentes à alimentação.

Houve entrega da receita impressa.

Foram entregues, ao término da palestra, três certificados, considerando-se uma escala de emagrecimento. O primeiro colocado nessa escala, ganhou um vaso de flores.

Ao encerrar a palestra, a palestrante fez a leitura sobre o texto cujo tema foi o seguinte: “Seja um vencedor”.

5.3 Terceira visita: detalhamento da palestra

Na terceira visita, acompanhou-se com detalhes a realização da palestra pela coordenadora do grupo.

A palestrante iniciou suas atividades com a apresentação do cartaz contendo frases referentes ao tema “Preparar o futuro significa fundamentar o presente”. As frases foram as seguintes:

- Para que você atinja seu objetivo de modo seguro e saudável é importante adotar atitudes e hábitos;
- Ao pular refeição há tendência de retardar o metabolismo;
- O jantar deve ser a refeição mais leve do dia, de preferência três horas antes de dormir;
- O chuchu é o grande aliado da saúde;
- Tudo é possível quando a vontade de mudar vem do fundo do coração. Valorize-se.

Dentre as explicações da palestrante foi muito comentado sobre o alimento chuchu, que segundo ela “é o maior aliado da saúde, pois contém potássio, que ajuda o organismo a evitar o inchaço e a melhorar a pressão arterial”.

Na seqüência, um participante foi chamado pela palestrante para expor seu depoimento sobre a evolução de seu emagrecimento. O participante relatou como foi sua vivência no grupo até aquele momento, expondo suas dificuldades e vitórias pessoais com relação ao seu emagrecimento. Durante o relato, quando julgavam necessários, os participantes e a palestrante solicitavam que o participante respondesse às suas perguntas sobre o seu depoimento. No final houve uma salva de palmas.

Após o depoimento, houve um momento em que os participantes fizeram perguntas à palestrante sobre dúvidas referentes à sua alimentação.

Houve a entrega de uma receita impressa de uma torta de chuchu.

Seguindo a rotina, foram entregues, ao término da palestra, cinco certificados, considerando-se uma escala de emagrecimento. O primeiro colocado nessa escala, ganhou um vaso de flores.

Ao encerrar a palestra, a palestrante fez a leitura da “*mensagem do dia*” sobre o texto que enfocou a “importância do momento presente para o futuro”.

5.4 Quarta visita: detalhamento da palestra

Na quarta visita, acompanhou-se com detalhes a realização da palestra pela coordenadora e foi realizada pela pesquisadora a entrevista a três participantes do grupo (anexo 3).

A palestrante iniciou suas atividades com a apresentação do cartaz contendo frases referentes ao tema “Você decide: quer ou não emagrecer?”. As frases foram as seguintes:

- 2005 já está no final, mas ainda dá tempo de emagrecer;
- Nunca esqueça o principal: horário, mastigação, quantidade, qualidade e água;
- Se for para a praia, cuidado, não caia na tentação.
- Sal cuidado! Tem em quase todos os alimentos.
- Bebidas, um brinde! Sem medo de engordar, se você moderar.
- Ter saúde ou não, só depende de você. Tenha disciplina! Ame-se mais.

Várias observações sobre os alimentos e a alimentação eram constantemente levantadas pela palestrante. Entre elas:

- A fome real é aquela em que o estômago contrai e pede alimento, após o horário de se alimentar a fome cessa, por isso devemos colocar horários na alimentação para nos educar.
- Quanto mais mastigamos o alimento, maior será o aproveitamento e o intestino funcionará melhor.
- É importante todos os grupos alimentares no ano todo, às vezes a pessoa acha que só verduras e frutas fazem emagrecer.
- Se você não consegue ficar sem um alimento, não coma nenhum.
- A água é fundamental para aumentar a combustão da célula.
- Nenhum alimento é mais forte que você. Leve à praia cenoura, pepino e tomate picadinho.
- A pessoa tem que se dispor a mudar.
- Na praia há sódio e iodo no ar, assim a água de coco ajuda a hidratar, pois a pessoa na praia pode desidratar e inchar.
- No verão as células incham e os alimentos quentes retêm líquidos.
- As bebidas alcoólicas fazem o organismo desidratar e inchar!..
- Alimentos ricos em sódio aumentam a retenção de líquido alterando a pressão arterial e o funcionamento do rim.
- Todos os alimentos defumados concentram mais sódio e prejudica a saúde. Alimento defumado é perigoso.
- Devemos investir em alimentos diuréticos como chás, limonada, melão, melancia, morango, abacaxi, maracujá, pepino, chuchu, feijão, alcachofra, erva doce, salsinha, abobrinha e salsa.
- As frutas mais calóricas são: banana, uva, caqui, figo, manga e frutas do conde. 100 gramas de morango têm 60 calorias.
- O sal *light* tem 50% menos sódio. O sal refinado e marinho tem o mesmo teor de sódio do sal comum.
- O sal atrapalha a absorção do cálcio no organismo.
- Alimentos fritos dobram ou triplicam o valor calórico.
- A bebida alcoólica aumenta a produção de suco gástrico e dá aquele vazio no estômago.
- Para a pessoa ganhar um quilo são necessários 7000 calorias ingeridas. Na praia a pessoa pode ingerir 2000 calorias por dia e em casa 2000 calorias por dia. Assim, durante o dia ela ingere facilmente 4000 calorias.

A palestrante ofereceu exemplos dela própria quando expôs algumas de suas observações alimentares, por exemplo, “eu mesma faço isso e já emagreci muito e consigo manter meu peso até hoje”.

Em seguida, a palestrante leu uma lista de alimentos que, segundo ela, são os mais consumidos na praia e seus respectivos valores calóricos. Segundo a palestrante, ela fez os resumos retirados da “Revista Claudia”. Alguns exemplos citados foram:

- Espeto de camarão = 238 calorias.
- Raspadinha de groselha = 280 calorias.
- Espiga de milho = 130 calorias.
- 50 gramas de amendoim = 300 calorias.
- Pastel = 300 calorias.
- Açai com granola (1 potinho) = 310 calorias.
- Caipirinha de vodka = 320 calorias.

Neste dia, não houve o depoimento do participante.

Houve a entrega de uma receita impressa de uma torta de abobrinha.

Novamente foram entregues, ao término da palestra, dez certificados, considerando-se uma escala de emagrecimento. O primeiro colocado ganhou um vaso de flores.

Ao encerrar a palestra, a palestrante fez a leitura da “mensagem do dia” sobre o tema “O poder da vida”.

5.5 Proposta de ação para a educação nutricional

No campo da educação nutricional, uma proposta baseada em abordagens de ensino centradas no desenvolvimento da personalidade do indivíduo, requer do educador nutricionista habilidades para favorecer ao cliente um ambiente propício à aprendizagem, criando condições para que o cliente vivencie na prática seus problemas alimentares. Essa proposta poderá ser utilizada em atendimento individual ou grupal.

O nutricionista é o profissional habilitado para desenvolver a educação nutricional. Cabe ao nutricionista dar assistência, participando como um facilitador da aprendizagem. A ênfase da

atividade nutricional em grupo não seria colocada em conteúdos acerca da alimentação, embora esses conteúdos devam ser explorados, mas em atividades que enfoquem o “pensar do cliente”, tais como, dinâmicas práticas envolvendo os alimentos; discussões acerca dos comportamentos alimentares e sua complexidade; leituras; visitas (como por exemplo, em um supermercado); arte (por exemplo, atividades práticas de culinária), entre outras.

Com essa proposta, o cliente poderá ter a oportunidade de desenvolver-se mentalmente e socialmente desempenhando um papel essencialmente ativo e participativo ao observar, analisar, comparar, experimentar, compor, encaixar, levantar hipóteses e argumentar sobre suas questões alimentares e afins.

Um ambiente favorável a essa proposta de educação é aquele em que permite ao cliente entrar em contato com seus problemas vitais, que tenham repercussão na sua existência e algum significado para ele. Por exemplo, o cliente obeso entenderá que a alimentação é um meio fundamental na melhora da sua saúde e que não poderá, por exemplo, conseguir trabalho numa determinada empresa, se sua saúde correr riscos; que não poderá ter disposição para realizar suas atividades diárias se continuar nessa condição. Essas exigências são estabelecidas pela vida e não pelo nutricionista. Neste caso, o papel do educador nutricionista é proporcionar os meios que o cliente poderá usar para aprender como se tornar capaz de enfrentar seus problemas alimentares.

A educação nutricional deve proporcionar uma ação, na qual o cliente receba condições favoráveis do meio (por meio de conteúdos e dinâmicas participativas) e possa problematizar suas dificuldades alimentares, redescobrando por si mesmo as formas de solucioná-las.

Cabe ao nutricionista realizar o aconselhamento ao cliente e concomitantemente conceder-lhe o autocontrole e autonomia alimentar. As informações alimentares poderão ser colocadas para o cliente no momento em que ele estiver preparado e motivado a ouvi-las, por meio de uma linguagem acessível e compatível com sua realidade.

Sugere-se a seguir uma proposta de ação para a educação nutricional, apoiada numa abordagem educativa centrada na pessoa e em sua conscientização e autonomia, que pode ser utilizada em grupo ou individualmente, a partir de três etapas.

Primeira etapa: Estabelecimento do vínculo entre o cliente e o nutricionista.

O objetivo central da primeira etapa é estabelecer uma relação com os clientes de natureza terapêutica, ou seja, uma relação na qual o “cuidado” do nutricionista para o cliente seja visível e notório.

Segundo Rogers (1997), uma implicação da terapia para a educação seria a de criar um clima nos encontros que facilite a ocorrência da aprendizagem desdobrando-se em várias subseções como, por exemplo, a autenticidade do professor, a aceitação e compreensão ao aluno e a si mesmo.

Nessa primeira etapa a construção da relação (vínculo) entre o nutricionista e o cliente se inicia, assim é fundamental que ela seja bem elaborada. O nutricionista, não deve se preocupar com o cliente de uma forma possessiva e de uma forma condicional, ou seja, desaprovando suas atitudes ou aceitando simplesmente o cliente quando este segue determinados caminhos ou sugestões do mesmo. Ele deve estar preparado também, para captar o estado emocional do cliente (ansiedade, nervosismo, insatisfação), já que este estado pode interferir nas condutas alimentares dele. Segundo Rodrigues et al. (2005) esse estado emocional é declarado pelo cliente por meio de gestos, posturas, movimentos do corpo, expressões faciais, qualidade da voz e silêncio, assim o nutricionista deve, antes de tudo saber ouvir e saber aceitar, criando um clima positivo e construtivo.

Nessa etapa o cliente será estimulado pelo nutricionista a falar sobre seu comportamento alimentar por meio de conversas espontâneas. Por meio dessas conversas, o nutricionista terá a oportunidade de se aproximar do cliente ao ouvi-lo. O nutricionista poderá perceber nesse momento as expressões verbais utilizada pelo cliente e assumir uma linguagem acessível. Nessas conversas espontâneas, o cliente poderá relatar a sua dificuldade alimentar, assim como suas experiências alimentares anteriores e possíveis dúvidas acerca da alimentação.

Devem-se procurar evitar, nessas conversas espontâneas, as avaliações de conduta alimentar, o que se deve haver é uma compreensão dessas atitudes pelo nutricionista e conseqüentemente pelo cliente. De acordo com Rogers (1997), o princípio da condição de aprendizagem é a empatia que se estabelece na relação do terapeuta e cliente e a ausência de julgamentos.

Assim, o nutricionista precisa compreender as dificuldades alimentares do cliente e seus fatores influenciadores, como se ele mesmo estivesse as sentindo. Esse “ouvir” do nutricionista aliado à “fala” do cliente envolvem o vínculo entre eles.

Um dos pontos-chave para que o aprendizado ocorra no cliente, é o sentimento de troca que se estabelece na relação entre o cliente, o profissional e outros clientes (no caso de atendimento grupal). Para isso é necessário que o nutricionista, enquanto profissional educador, seja coerente com seus próprios sentimentos e atitudes. Na medida em que o nutricionista se

percebe enquanto pessoa, no processo de atendimento ao cliente, ele estabelece uma relação mais próxima e autêntica. Seus sentimentos não se misturam ao dos clientes e isso se consegue, a partir do momento que o nutricionista aceita seus sentimentos, não necessitando impô-los aos seus clientes, nem insistindo para que eles reajam da mesma forma.

Essa etapa é importante no processo de aprendizagem, pois à medida que o cliente começa a se abrir para o que se passa nele, principalmente em relação a seus hábitos alimentares, torna-se capaz de perceber sentimentos que sempre negou e reprimiu. Sentimentos esses que podem aflorar comportamentos alimentares inadequados. Enquanto o cliente é ouvido e ao mesmo tempo se ouve, poderá se aceitar mais, se conscientizando de suas dificuldades. Assim também, enquanto o nutricionista se ouve, poderá se aceitar mais e conseqüentemente ajudar o cliente no seu processo de aprendizagem.

Para Rogers (1997), à medida que essas transformações vão se operando e o cliente torna-se mais consciente de si, adotará uma atitude menos defensiva e mais aberta. Nesse momento, o cliente terá a oportunidade de falar sobre seus hábitos alimentares e os seus influenciadores sendo ouvido pelo nutricionista. Para o mesmo autor, a influência do professor (neste caso específico o nutricionista) não poderá ser restritiva, insistindo para os alunos (clientes) seguirem seus passos, assim, as atitudes de desinteresse, de satisfação, de espanto ou de agrado que o nutricionista adotar frente às atividades do grupo, não podem se tornar recompensas ou punições para o aluno (cliente).

Nesse contexto, não caberia ao grupo a entrega de qualquer símbolo que represente uma forma de prêmio ou desprezo pelas suas atitudes frente a seus problemas.

Segunda etapa: Exploração dos problemas alimentares e desenvolvimento da consciência crítica no cliente.

Nesta etapa, o cliente passa pela oportunidade de se aproximar um pouco mais de seus problemas, por meio de um clima motivador nas conversas espontâneas, auxiliadas pelo nutricionista. Por exemplo, o cliente pode se defrontar, em primeiro lugar, com um problema grave e importante, como sua obesidade. Pode ser que ele perceba que está se comportando de uma forma mal adaptada e está dominado por confusões e conflitos, como não conseguir “controlar o que ele come”. Nesse momento, o cliente pode sentir-se receoso com que venha a descobrir em si mesmo ou a ouvir do nutricionista. Assim, o nutricionista poderá proporcionar ao

cliente a oportunidade de vivenciar sua consciência crítica, de uma forma que o estimule a questionar suas dificuldades num contexto real. Segundo Moura (1978), a consciência crítica fundamentada nas idéias de Paulo Freire somente acontecerá a partir do momento que o homem apreender a causalidade, ou seja, quando houver percepção dos fatos e das coisas, tais como estes existem concretamente, nas suas relações lógicas e circunstanciais. Na educação nutricional, isso poderá ser trabalhado com técnicas que permitam ao cliente estabelecer um real contato com suas dificuldades alimentares.

Freire (1993), reconhece que a prática educativa é tão interessada em possibilitar o ensino de conteúdos às pessoas quanto em sua conscientização, assim para a formação dos grupos populares, torna-se importante os conteúdos que o educador lhes ensinar, assim como a análise que eles fizerem de sua realidade concreta. E por meio desse feito, com a indispensável ajuda do educador, o saber anterior vai sendo superado, por um saber mais crítico e menos ingênuo.

Ao trabalhar a educação crítica no campo da nutrição, o nutricionista poderia utilizar a técnica interrogativa como o objetivo de possibilitar questionamentos e reflexões para que o cliente crie caminhos para suas próprias soluções. O conteúdo, neste caso, seria trazido pelo cliente e explorado com a intervenção do nutricionista, com o objetivo de o tornar mais pró-ativo e menos ingênuo.

O ensinar para Freire é muito mais que transferir conhecimentos, é criar as possibilidades para a produção ou construção. O aprender tem sua força na criação, que envolve a comparação, a constatação, a dúvida rebelde, a curiosidade não facilmente satisfeita (Freire, 1998).

Nesse contexto, o papel da educação nutricional é criar situações que despertem no indivíduo uma consciência crítica dos fatores ligados à sua alimentação e uma autocompreensão dos aspectos que podem ser modificados na realidade. Sabe-se que uma educação baseada na modelagem de comportamento enfatiza os esforços para se conseguir algo em detrimento da aprendizagem em si. Assim, no campo da nutrição e alimentação, a ênfase na restrita transmissão do conhecimento técnico, com o objetivo de um resultado em curto prazo, não pode ter conseqüências satisfatórias e/ou duradouras. Segundo Mizukami (1986), a aprendizagem por imposição sem descobrimento próprio não torna o indivíduo livre moralmente, ao contrário, torna-o dependente e submisso à autoridade, impedindo o indivíduo de o tornar livre intelectualmente. Nisso concorda Rogers (1997), ao afirmar que de nada adianta o ensino da própria experiência se ela não pode ser comunicada a outra pessoa, pois terá pouco ou nenhum significado para ela. A própria pessoa precisa descobrir seu conhecimento (aprendizado

autodescoberto).

Assim como para a prática educativa de Paulo Freire, aprender a ler e escrever não deve ser um fim em si, também para a saúde, o controle e prevenção de doenças e promoção da saúde por meio da educação nutricional não poderão ser vistos meramente como repetições de condutas alimentares impostas e nem somente sob o ponto de vista do emagrecimento. A educação nutricional vai além e deve ser baseada principalmente, na conscientização e autonomia dos indivíduos quanto as suas opções de consumo alimentar.

Dessa forma, cuidados devem ser criteriosamente tomados pelo nutricionista ao aconselhar um cliente. Baseando-se nas idéias de Paulo Freire e fazendo-se um paralelo à educação nutricional, não seria coerente realizar um aconselhamento que se limitasse a informações acerca da dieta e conteúdos afins, seria como contribuir positivamente para uma educação pautada na domesticação do indivíduo, impossibilitando-os de se aprofundarem num nível de consciência crítica, autônoma e libertadora.

Essa etapa é constituída na prática, pela elaboração de questões-problema (técnica interrogativa) ou outras técnicas, como por exemplo, a representação simbólica que poderá ser feita por meio de um desenho representativo, que permitam ao cliente expor suas dificuldades e buscar soluções para as mesmas.

Essas questões-problema serão elaboradas pelo nutricionista de acordo com a realidade trazida pelo cliente, desempenhando o papel de desafios propostos. O debate que se estabelecer conduzirá o cliente a conscientizar-se.

Alguns exemplos de questões-problema que poderão ser elaboradas, dependendo da realidade do grupo: “o que muda na vida de uma pessoa que se torna obesa?”, “o que é mais difícil no dia-a-dia, para a pessoa que tem obesidade?”, “o que é fazer dieta?”, “quais os problemas que a pessoa que tem obesidade pode vir a enfrentar, no futuro?”, “por que você está aqui hoje?” “o que as pessoas que estão obesas podem fazer para evitar os problemas, melhorar seu bem-estar e viver melhor?”, “você se considera obeso?”, “o que você sente ao olhar para seu corpo?”, “o que acontecerá com você quando emagrecer e/ou controlar sua doença?”.

Vale ressaltar que podem aflorar questões de ordem emocional e social e que devem ser levadas em consideração pelo nutricionista. Daí também a importância fundamental do trabalho interdisciplinar, ao tratar de grupos com problemas alimentares, com a ajuda principalmente do psicólogo.

O nutricionista, ao compreender as dificuldades trazidas pelo cliente, estando junto com

ele no enfrentamento do seu problema, contribui para um processo de aprendizagem realmente efetivo. A intervenção do nutricionista, no momento do debate é fundamental. Além de abrir espaço para a manifestação dos clientes, ele deve apresentar seu ponto de vista, evitando, porém, que funcione como determinador dos encaminhamentos e resultados das discussões. É interessante que a intervenção do nutricionista sirva para estimular a reflexão, considerando os diferentes pontos de vista sobre as questões-problema, procurando evidenciar os princípios que os sustentam. Quanto ao aconselhamento nutricional, o mesmo deve ser cuidadosamente verbalizado pelo nutricionista, considerando os conhecimentos técnicos, mas levando-se em consideração também toda a problemática apresentada pelo cliente.

Terceira etapa: Transformação do conhecimento em ação pelo cliente

Por meio do diálogo e da compreensão dos problemas desenvolvidos pelos clientes nas etapas anteriores, estes poderão tornar-se aptos nessa etapa, para desenvolver, com mais clareza, a consciência crítica bem como a capacidade de intervir em suas realidades imediatas. Nessa etapa, o cliente poderá se encontrar ansioso já que o mesmo não está acostumado a aventar estratégias próprias para solução de seus problemas. Essa etapa poderá ser a mais longa, pois exige tempo, disciplina, paciência e conhecimento. Segundo Moura (1978), Paulo Freire põe em destaque a relação íntima entre a natureza da ação e a natureza do conhecimento, a ação crítica, portanto humana não acontecerá de uma forma plena se o conhecimento é de ordem mágica ou primária, assim torna-se fundamental começar a educação pelo despertar da consciência crítica, para que sua ação seja coerente com a realidade que a circunscreve.

Será necessário que o nutricionista juntamente com o cliente avaliem as estratégias de enfrentamento dos problemas, dos resultados obtidos e das mudanças conjunturais, mas principalmente, o cliente que está se abrindo para a experiência que está ocorrendo dentro de si, torna-se responsável por essa avaliação.

A manutenção do comportamento modificado pode ser atingida ao final desta etapa. Embora, alcançar essas três etapas não parece tarefa fácil podendo alguns clientes não as conseguir num primeiro momento. Assim torna-se imprescindível que a ação educativa se estenda a partir de outros encontros frequentes com o nutricionista, nos quais este poderá avaliar as mudanças no pensar, no sentir e agir do cliente, podendo inclusive haver necessidade de se retomar as etapas anteriores na discussão de questões ainda não problematizadas pelos clientes.

As aprendizagens que provocam modificações no comportamento, e que penetram na pessoa interferindo em suas ações, podem ser muito satisfatórias no campo da educação nutricional, a partir do momento que podem contribuir para uma melhora na condição de saúde por meio de uma efetiva mudança no comportamento mal adaptado.

Por outro lado, segundo Rogers (1997), essas implicações da educação que permitem ao aluno estabelecer um contato real com os problemas importantes de sua existência e conseqüentemente o levar a mudanças em suas ações, vão a sentido contrário às atuais correntes da nossa cultura e o cliente poderá mostrar-se muito resistente às mudanças e aceitação desse tipo de abordagem.

Assim, pode-se ocorrer desistências e faltas constantes durante o processo educativo, ao se considerar uma educação nutricional baseada nesses princípios de ação. Pode acontecer do cliente não estar preparado para “problematizar” suas dificuldades alimentares, mesmo que o nutricionista crie as condições favoráveis para isso. Nesse caso, a decisão para a continuidade do processo caberá ao cliente. Segundo Rogers (1997), o cliente deve ser deixado livre como pessoa que se respeita, se deseja fazer um esforço para alcançar seus objetivos.

Figura 2 – Sugestão de etapas para a ação educativa nutricional.

Os recursos de ensino no âmbito da nutrição utilizados pelo nutricionista durante o atendimento, como por exemplo, um livro, uma sala de trabalho, um aparelho, uma exposição baseada em seu estudo, um quadro, um gráfico ou um mapa, uma guia alimentar como a Pirâmide de Alimentos, podem ser oferecidas com o objetivo de serem usadas se forem úteis ao cliente. Não deve haver pretensão que esses materiais sejam guias, expectativas, comandos, imposições ou exigências únicas e absolutas.

A educação nutricional pode contribuir de uma maneira efetiva nas instituições de ensino abrangendo principalmente crianças e adolescente. Experiências pedagógicas têm enfatizado a importância de se reconhecer que atividades relativas ou associadas aos direitos humanos, educação ambiental, orientação sexual e de saúde, precisam ser realizadas de forma contínua, abrangente e integrada e, preferencialmente, não devem ser tratadas de forma isoladas, como áreas ou disciplinas (BRASIL, 1998).

Diante disso, o Ministério da Educação do Brasil, em 1998, optou por integrar esses temas no currículo do ensino fundamental por meio do que se chama de transversalidade. Essa ação sugere que esses temas integrem as áreas convencionais de forma a estarem presentes em todas elas, relacionando-as, preferencialmente, às questões da atualidade e que sejam princípios que orientem as atividades no âmbito escolar da educação básica.

De acordo com os Parâmetros Curriculares Nacionais (Brasil, 1998) o objetivo da inserção da transversalidade nos currículos escolares é possibilitar na prática educativa, uma relação entre aprender conhecimentos teoricamente sistematizados que fazem parte da interdisciplinaridade (aprender sobre a realidade) e as questões da vida real e de sua transformação (aprender na realidade e da realidade).

A inclusão dos temas transversais nos currículos escolares tem o objetivo de dar um sentido social a procedimentos e conceitos próprios das áreas convencionais, exigindo, portanto, uma tomada de posição diante de problemas fundamentais e urgentes presentes na vida, pois esta inclusão possibilita uma reflexão sobre o ensino e a aprendizagem de seus conteúdos, tais como valores, procedimentos e concepções a eles relacionados.

Com essa prática, a escola sairá da condição de um lugar de reprodução de relações de trabalho alienadas e alienantes, tornando-se lugar de possibilidade de construção de relações de autonomia, de criação e recriação de seu próprio trabalho, de reconhecimento de si, que possibilita redefinir sua relação com a instituição, com o Estado, com os alunos, suas famílias e comunidades (BRASIL, 1998).

Os temas transversais escolhidos para permear os parâmetros curriculares nacionais do ensino fundamental foram: Saúde, Meio Ambiente, Orientação sexual, Trabalho e Consumo, Pluralidade Cultural e Ética. Na abordagem de ensino e aprendizagem da Saúde e Consumo como temas transversais à educação nutricional insere-se como conteúdo programático importante e essencial.

A escola constitui um centro de ensino-aprendizagem, convivência e crescimento importante, sendo o lugar ideal para o desenvolvimento de programas de promoção de saúde de amplo alcance e repercussão, uma vez que exerce grande influência sobre as crianças e adolescentes nas fases formativas mais decisivas de suas vidas (PELIOCI e TORRES, 1999).

Ao se trabalhar a educação nutricional nas escolas, permite-se aos indivíduos mais jovens, uma maior flexibilidade à mudança em suas práticas alimentares na medida em que essa mudança é estimulada, sem traumas e imposições.

Ao se desenvolver atividades em alimentação e nutrição na escola, deve-se considerar as fontes de informações que os professores utilizam sobre alimentação e nutrição. Fernandez et al. (2005) analisaram as fontes de informação utilizadas para elaborar os planos de aulas de alimentação e saúde por professores de 1ª. a 4ª. série no Distrito Federal em 2003 e também analisaram o conhecimento dos professores quanto aos grupos alimentares da pirâmide de alimentos e, constataram que as principais fontes de informação que os professores utilizam ao planejar sua atividades são os livros didáticos de Ciências; jornais e revistas semanais de grande circulação; revistas de alimentação e programas de televisão e em 5º. lugar no *ranking* da pesquisa, outros profissionais de saúde. E com relação ao conhecimento sobre a pirâmide de alimentos, dos 86 professores que a introduziam em sala de aula, 28,7% responderam de forma adequada à distribuição dos grupos alimentares na pirâmide.

Assim, os projetos pedagógicos nas escolas deveriam englobar atividades em saúde de forma interdisciplinar, com a maior participação do nutricionista no cotidiano da escola, enfatizando a participação ativa dos alunos e da comunidade. Por meio da inserção das atividades de educação em alimentação nas escolas, seria possível construir ações pedagógicas sólidas, amparadas pelo saber científico e favorável à cultura brasileira e regional, já que as escolhas alimentares constituem um caráter simbólico-cultural. Além disso, essa ação proporcionaria a troca de experiências entre os membros da comunidade e, conseqüentemente uma reflexão acerca da alimentação saudável (FERNANDEZ, 2005).

Não se desenvolvendo adequadamente a educação nutricional nas escolas, os professores

correm o risco de se confundirem com relação a conceitos acerca da alimentação e com isso pode-se favorecer também interpretações equivocadas por parte dos alunos. Ao se prepararem em programas de capacitação, os professores, utilizando uma linguagem acessível e compatível à realidade do aluno, poderão trabalhar conceitos em alimentação e nutrição de forma a estimular nos alunos a reflexão por meio de atividades práticas e dinâmicas.

Uma forma de trabalhar a educação nutricional nas escolas é também por meio de uma organização que envolva além dos alunos, os seus pais e professores, para que juntos tenham a oportunidade de discutir e questionar assuntos ligados à alimentação e nutrição no importante contexto da melhoria da qualidade de vida. Oportunidades de discussões dessa natureza, muitas vezes exercem maior influência positiva entre os escolares do que aulas tradicionais apoiadas, quase que exclusivamente, em cartazes coloridos contendo noções de boa alimentação (PIPITONE, 1995).

As noções de boa alimentação podem ser úteis se trabalhadas de forma adequada com a população de todas as idades. No Brasil, a criação das “Normas/Guias” de boa alimentação para a população teve início em 1988 por meio da Fundação Simpósio Brasileiro de Alimentação e Nutrição (Fundação SISVAN) em conjunto com a Secretaria de Agricultura de São Paulo. As “Normas/Guias” podem ser consideradas instrumentos educativos contendo mensagens práticas que facilitam às pessoas a selecionar e consumir alimentos saudáveis. Mas é de fundamental importância, que a mensagem transmitida pelos educadores por meio dos conhecimentos científicos seja permeada por uma linguagem de fácil acesso e coerente ao adequado entendimento pelos destinatários, levando-se em consideração a realidade dessa população (CAROBA, 2003).

Segundo Morin (2001), educar no campo da nutrição, seja para o público infantil, adolescente ou adulto, torna-se possível a partir do afastamento de modelos padronizados embasados principalmente em restrições. Mas que se aproxime de um processo que se preocupa também com a condição humana, sendo essa condição analisada a um só tempo ao campo físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico.

6 DISCUSSÃO

A escolha do método de estudo de caso para a realização dessa pesquisa contribuiu para a ampliação da compreensão acerca do funcionamento de um grupo de reeducação alimentar, assim como os fatores que envolvem a procura contínua por esse grupo e o conteúdo explorado em suas reuniões.

A coleta de dados por meio dos questionários e das narrativas dos membros participantes e organizadores permitiu uma compreensão sobre a estruturação do grupo em questão.

Como esta pesquisa utilizou o estudo de caso único, não se teve como objetivo uma comparação do grupo estudado com outros grupos que tenham o mesmo objetivo de emagrecimento em seus participantes. Cabe ao objetivo do estudo de caso, expandir as teorias acerca da educação nutricional inserida em grupos. Nesse contexto, são necessários mais estudos e pesquisas acerca da educação nutricional, seus métodos e práticas de ensino.

Observou-se, nas manifestações verbais dos participantes do grupo estudado, uma relação de ajuda fragilizada que os vem acompanhando na busca por atendimento para o enfrentamento de seus problemas alimentares. Nas narrativas dos organizadores, observou-se a existência de uma postura aparentemente segura e confiante. Isso pode ser observado na fala da coordenadora do grupo durante uma de suas palestras, como, por exemplo:

“também já fui obesa e participei de grupos como esse durante muitos anos; emagreci e não voltei mais a engordar”.

Na afirmação acima, também se observa o que Bucci (2004), define de “solidariedade exibicionista”. Segundo ele, quando há uma situação em que pessoas são atraídas por uma marca, por um produto ou mesmo por uma pessoa, onde ocorre uma valorização focada na imagem, há uma negação da solidariedade propriamente dita, em detrimento da imagem que ela representa e seu fator de lucro. Portanto, o objeto de desejo não é o produto ou serviço em si – muito menos suas características, seus atributos ou suas qualidades –, mas sim a imagem que é comunicada.

De forma análoga, nessa situação do grupo estudado, procura-se comunicar preponderantemente a imagem, em detrimento da qualidade que o serviço oferece. Sendo assim, os participantes são levados ao não questionamento desse serviço, limitando a sua consciência crítica. Um exemplo, nesse caso, é o pagamento pelo serviço prestado, cujo valor não é discutido

com base na sua qualidade.

Ainda segundo Bucci (2004), parece que o público (o consumidor) atribui alguma importância a representabilidade solidária que uma empresa oferece e está disposto a pagar mais por isso. E isso tende a ter certa vantagem na escolha do serviço pelo público.

Algumas considerações também devem ser feitas com relação ao local onde foi desenvolvido o encontro do grupo estudado. Por ser um salão aberto, a privacidade pode não ser mantida. O salão foi alugado para os organizadores por uma igreja católica, sendo esta localizada à frente do salão. Não há intervenção da igreja na divulgação dos grupos, mas há uma ligação de proximidade ou de espaço físico preestabelecido. Vale ressaltar que os organizadores do grupo estudado realizam os seus serviços sempre em salões comunitários vinculados à igreja católica.

Bucci (2004), chama a atenção para uma estratégia de solidariedade voltada para o mercado, muito comum atualmente. Ao argumentar que essa prática solidária não surge do sentimento de solidariedade, mas de um interesse econômico, o autor define esse tipo de voluntariado como um “marketing do bem”. Essa solidariedade não se propõe a um fim sem interesse, mas como um argumento para o consumo. Esse tipo de solidariedade torna-se um fator de lucro, mais que um valor ético.

Fazendo um paralelo com o grupo estudado, questiona-se se ele pode ser considerado um grupo com características solidárias, por também estabelecer uma ligação de proximidade com a igreja católica; considerando-se que a sua proposta sugere uma imagem de solidariedade.

Ao se abordar os participantes quanto ao que eles achavam que poderia ser melhorado no grupo ou se tinha alguma sugestão ou crítica a expor, dos cinco participantes entrevistados, apenas um verbalizou a sua sugestão para diminuir o valor dos serviços prestados pelo grupo, embora tenha verbalizado que “o grupo é ótimo e que gosta muito das reuniões”.

Os outros quatro participantes entrevistados apenas verbalizaram que não tinham nenhuma crítica a fazer, sendo que dois deles também enfatizaram que gostavam de frequentar o grupo.

Pode-se perceber nesses relatos uma ausência crítica quanto ao funcionamento do grupo e sugestões acerca pelos participantes. Essa omissão de opiniões pode ser resultado da estruturação metodológica da ação teórico-prática do grupo, focada na transferência de conhecimentos. Outra hipótese seria o fato das perguntas serem realizadas no local da palestra estando a palestrante presente, o que pode ter intimidado os participantes entrevistados.

Observou-se que as estruturações do grupo quanto à educação nutricional não permitiram

que os participantes aventurassem estratégias próprias para suas dificuldades alimentares, problematizando suas dificuldades, já que a palestrante se limitava a transferir os conhecimentos, a discutir suas reflexões acerca do conteúdo alimentar e nutricional e no quesito auto-ajuda, e a responder perguntas acerca da alimentação.

Ainda enquanto seu papel de coordenadora do grupo, a palestrante assumiu atributos tais como o modelo de identificação e empatia citado por Zimerman (1997b), e houve em todos os encontros visitados durante essa pesquisa, um *feedback* por meio de elogios na relação entre a coordenadora e os participantes. Esse *feedback* pode ser um elemento constitutivo da relação dos participantes com a coordenadora, ainda que não existam garantias desse fato.

Alguns participantes entrevistados no grupo mantinham uma boa opinião sobre a coordenadora, expressando-se a ela por meio de frases como “ela simpática” “já foi gorda e emagreceu”. Essa postura da orientadora foi importante para os participantes, porque o reconhecimento e a identificação se fizeram presentes. Ao mesmo tempo, houve uma construção de uma figura de autoridade em relação à coordenadora do grupo, uma pessoa a quem se deve obrigação, a partir da fala de um participante: “quando eu engordo, eu nem venho nas reuniões, eu tento fazer a dieta, mas às vezes não consigo”.

Dos cinco participantes entrevistados, um ficou sabendo da existência do grupo por faixas distribuídas na cidade, três por amigos e um por familiares. Esse dado mostrou que a maioria dos participantes entrevistados foi trazida ao grupo estudado por meio da propaganda denominada “boca a boca”. A seguir alguns relatos dos participantes:

- Estou aqui porque a minha amiga emagreceu 20 kg.
- Duas pessoas da minha família emagreceram em sete meses 40 kg.
- A Sra. X (coordenadora do grupo) conseguiu emagrecer a minha cunhada (Sra. Y) que era muito gorda.

Neste último relato, observa-se que o participante transferiu a responsabilidade do emagrecimento da Sra. Y para a Sra. X. Moura (1978), baseando-se em Paulo Freire, relata que a passividade, a negação da pessoa, do seu senso crítico e suas potencialidades criativas a impede de realizar-se na sua humanidade. Essa anulação do poder criador satisfaz aos interesses dos “opressores” que seria o do conformismo.

O que parece haver, nesse último relato, é uma negação dos méritos conseguidos pela Sra. Y, sendo esses méritos transferidos a Sra. X.

Para Paulo Freire uma educação baseada na domesticação da consciência pode levar a uma percepção ingênua da realidade – consciência mágica –, tirando do indivíduo a sua responsabilidade pelos seus atos. (MOURA, 1978).

De forma complementar Rogers (1997), relata que o processo de tornar-se pessoa pode ser vivenciado num autêntico aprendizado que torne o ser humano participante de sua própria vida descobrindo novos aspectos em si mesmo no fluxo de sua experiência, tomando consciência e responsabilidade nesse processo.

Muitas informações ligadas à alimentação e conceitos sobre o tema, como pode ser acompanhado nos resultados desse estudo, eram constantemente transmitidos aos participantes do grupo estudado. E algo que chamou a atenção foi uma das fontes de referência para as informações acerca da alimentação que a coordenadora usou para a elaboração dos seus temas; uma revista popular de circulação nacional e vendida em bancas de revistas.

Pelo fato da palestrante assumir o papel de coordenadora do grupo e divulgadora de assuntos ligados à alimentação e saúde, faz-se necessário, no mínimo, que ela seja capacitada e disponha de conhecimentos técnico-científicos na área de nutrição e saúde, possuindo curso superior nesta área. E ao assumir o papel de educadora de um grupo em saúde, ela detenha também conhecimentos na área de ensino e aprendizagem e competência na capacidade para estabelecer relacionamentos interpessoais adequados que se baseiam no diálogo, na compreensão, no acolhimento e no respeito.

O trabalho da educação nutricional não pode ser exercido como missão ou dom e a capacidade para executá-la provém de estudo (BOOG, 1997).

Em seu estudo sobre a escola e o consumo alimentar de adolescentes matriculados na rede pública de ensino, Caroba (2002), constata que apesar da maioria dos professores possuírem curso superior completo é muito evidente o restrito acervo de conhecimentos dos mesmos, sobre assuntos relacionados à alimentação e nutrição e que tal situação pode ser decisiva no processo de transmissão de conceitos errôneos sobre o tema.

A coordenadora do grupo relatou, que não há atividades práticas com os alimentos durante suas palestras, apenas as atividades teóricas são desenvolvidas com os participantes. Isso torna o conteúdo pouco abrangente. Atividades práticas com o alimento poderiam tornar-se parte da educação nutricional e auxiliar os clientes a vivenciar experiências alimentares, pois se permite integrar representações e sensações de textura, odor, visão, sons e sabores, despertando nos indivíduos a mobilização efetiva no comportamento alimentar. Em relação a esse aspecto,

Rodrigues (2005), ressalta que a vivência afetiva com os alimentos constitui uma técnica adequada a problematização, pois os indivíduos podem alcançar por intermédio próprio, a compreensão de obstáculos para um comportamento alimentar mais livre, adequado e espontâneo.

Durante um encontro com o grupo estudado, uma participante, ao pesar-se, relatou uma conformidade quanto a seu peso, dizendo: “Deus me fez assim, gorda, não tem jeito...”. Por meio dessa verbalização do participante, pode-se perceber que a educação baseada na problematização se faz necessária ao criar condições para o trabalho conscientizador e crítico em detrimento à conscientização mágica. Para Freire (2004), é pelo conhecimento crítico dos obstáculos que se chega à conscientização.

O grupo estudado não possui outras abordagens como, por exemplo, da psicologia e educação física, o que torna o grupo limitado.

Boog e Magrini (1999), relatam que atualmente, existem vantagens em se oferecer atendimento a portadores de obesidade, problemas alimentares e doenças crônico-degenerativas como diabetes, hipertensão arterial e outras, por meio de abordagens de diferentes especialidades, desenvolvidas por nutricionistas, psicólogos, médicos, professores de educação física, enfermeiros, entre outros.

Segundo Francischi et al. (2001), é consenso entre os estudos científicos, que os benefícios do treinamento físico regular sobre parâmetros metabólicos e a conseqüente redução na mortalidade são fundamentais na melhora de qualidade de vida das pessoas obesas. Trabalhos recentes enfatizam que o objetivo primordial de qualquer tratamento para obesidade deve estar centrado em melhoras de qualidade de vida, e não simplesmente na perda de peso.

Os autores citados acima ainda relatam, em seus estudos sobre as duas principais estratégias de tratamento não farmacológico de sobrepeso e obesidade, que dietas hipocalóricas são efetivas para a perda de peso e de gordura, porém pode causar perda de massa magra e conseqüentemente redução nas taxas metabólicas. O treinamento físico isolado causa modesta perda de peso, já em combinação com a alimentação adequada, facilita a adesão ao controle alimentar e garante maior sucesso na manutenção da massa magra e redução na massa adiposa.

O contato da nutrição em conjunto com outros aspectos como psicológico e social, amplia o tratamento e a prevenção de doenças, principalmente problemas de caráter alimentar e visualiza o paciente como centro de um processo educativo amplo, não limitado somente ao assunto de nutrição.

Segundo Zukerfeld (1997), a abordagem interdisciplinar incluída em uma atividade grupal com pacientes obesos e com problemas alimentares, é um recurso muito útil, à medida que se conheçam seus princípios gerais, tenha-se clareza nos objetivos, humildade nas expectativas e criatividade nas técnicas. Desse modo, se consegue diminuir a improvisação, combater os dogmas e tabus e dar hierarquia à solidariedade, na construção da subjetividade.

Hoga (2004), faz um paralelo ao afirmar que os princípios da humanização na prática de assistência à saúde demandam participação interdisciplinar, e que nenhuma categoria de profissional consegue contemplar, por si só, a totalidade humana na vivência do processo saúde-doença. A autora relata ainda que com a participação e o envolvimento da equipe de profissionais diante de seus clientes, haverá maior abertura para a exposição de problemas e questionamentos e isto promoverá a qualidade do atendimento.

Segundo a coordenadora do grupo estudado, não há um planejamento das palestras. Essas são desenvolvidas a partir de temas, os quais são definidos aleatoriamente pela mesma.

Segundo Paulo Freire (2004), a educação se faz a partir de várias exigências dentre elas, a rigorosidade metódica (“pensar certo”) e a pesquisa. Para o mesmo autor, essa rigorosidade metódica não deve ser comparada ao discurso “bancário” meramente transferidor do perfil do objeto ou do conteúdo. Nesse sentido, ensinar não se limita no “tratamento” do objeto ou do conteúdo superficialmente feito, mas se alonga às condições em que aprender criticamente é possível. É tão fundamental conhecer o conhecimento existente quanto saber que estamos abertos e aptos à produção do conhecimento ainda não existente. Assim como se ensina e se aprende o conhecimento já existente, se trabalha a produção do conhecimento ainda não existente.

De acordo com Freire (2004), é tão importante para a formação dos grupos populares certos conteúdo que o educador lhes deve ensinar, quanto à análise que eles façam de sua realidade concreta, e com a ajuda indispensável do educador, os tornem mais críticos e menos ingênuos.

Freire (1987), afirma que o diálogo começa na busca do conteúdo programático, na investigação da temática significativa junto com a população, à qual o educador dialógico deverá devolver o universo temático escolhido, não como dissertação, mas como problema.

Em seu estudo sobre a educação participante no controle metabólico e qualidade de vida de mulheres com Diabetes *mellitus* tipo 2, Motta (1998), construiu seu temário, com variações do conteúdo ao longo do processo educativo. Segundo a autora, os temas emergentes foram definidos nas reuniões iniciais, e se desdobraram, sofreram acréscimos ou substituições,

conforme as necessidades do grupo.

O desenvolvimento de temas foi o método utilizado como prática de ensino no grupo estudado. Um dos elementos centrais da educação é o diálogo, que para Santos (2005), é o sentido para as ações educativas e para o processo de mudança das práticas alimentares das populações. Diálogo esse, pouco explorado no grupo estudado.

Outro elemento importante no processo de educação nutricional é a mudança de comportamento que se mantém e que perdure ao longo da vida. Este aspecto é bastante discutível no grupo estudado, já que inexistem resultados quantitativos e qualitativos que os assegurem.

Os organizadores do grupo estudado enfocam o emagrecimento como objetivo central e isso é observado nos constantes estímulos que eles realizam nos participantes, por meio de recompensas (certificados, presentes, elogios), foto do “antes e depois” do emagrecimento e depoimentos feitos por pessoas que já tiveram perdas significativas de peso. Nesse sentido, pode-se observar que o participante é visto por seus organizadores como uma pessoa com excesso de peso que precisa simplesmente emagrecer. Para Rogers (1997) o cliente não pode ser visto como algo já diagnosticado e classificado. O cliente deve ser visto como uma pessoa em seu processo de tornar-se quem realmente é.

Neste contexto, Rogers (1997), afirma que ao reforçar certos tipos de palavras ou de opiniões no outro, há uma tendência a confirmá-lo como um objeto manipulável e mecânico. Por outro lado, ao estabelecer uma relação de ajuda, a conduta mais adequada seria a de reforçar o que o outro é, com todas as suas possibilidades existentes.

Para o mesmo autor, uma relação desse tipo poderá tornar o cliente uma pessoa viva, capaz de um desenvolvimento interior e criador.

Por meio dos relatos dos cinco participantes pode-se observar que o emagrecimento é visto como o principal motivo que os levaram a procurar o grupo estudado.

- estou aqui para saber comer, saber quais os alimentos que engordam ou não engordam.
- estou na fila para a cirurgia da obesidade tenho que emagrecer.
- quero emagrecer através de uma boa alimentação.
- quero emagrecer e aprender a comer.
- minha alimentação é ruim e eu vivo engordando, quero eliminar peso, pois se eu perder posso achar.

O material didático utilizado pela coordenadora do grupo era elaborado e discutido por ela. Os participantes tomavam uma posição de “escuta”. Segundo Rogers (1997), os recursos de ensino que podem ser utilizados num processo de aprendizagem devem ter o objetivo de acrescentar ao aluno a possibilidade de sua própria reflexão e deve ser oferecido ao mesmo como tal.

Isselmann et. al. (1993), recomendam que o aconselhamento em saúde, seja realizado em espaço e ambientes apropriados, que garantam privacidade e o mínimo de conforto. Considera Ballesterio-Alvarez (1999), que o ambiente físico deve oferecer adequação em tamanho, iluminação e ventilação, para acomodação confortável do grupo e instrumentos utilizados nas dinâmicas, além de respeitar os movimentos das pessoas do grupo, assim como do coordenador. O grupo estudado não contemplou um ambiente nessas condições.

Os depoimentos, utilizados como técnicas de dinâmicas no grupo estudado, permitiram o entrosamento dos integrantes atuando com um estimulador ao emagrecimento e ao comprometimento com o grupo. A prática do depoimento pode levar os participantes a se sentirem encorajados, quanto ao grupo e à mudança de sua prática alimentar, ao ouvirem o relato positivo de outro participante.

Por outro lado, pelo fato dos depoimentos serem pré-selecionados pela coordenadora do grupo, e verbalizado sob o aspecto de narrativas, não foi possível a ocorrência de um ambiente que favorecesse condições onde a reflexão se fizesse necessária.

Por meio da inexistência do oferecimento de uma estratégia problematizadora do comportamento alimentar aos participantes e a oferta de dietas padronizadas e dicas de conduta alimentar, o grupo estudado manteve uma disciplina baseada na imposição de normas e regras a serem seguidas e não propriamente refletidas. Essa característica do grupo pode incentivar as pessoas a permanecerem nele. Estímulos à conscientização que levam a reflexões profundas, podem apresentar certas resistências, justamente pelo medo a mudança de comportamento. Por outro lado, essa abordagem superficial e frágil pode não sustentar a mudança alimentar dos participantes no longo prazo, podendo ser uma das causas para a desistência dos participantes.

Para Rogers (1997), nenhuma abordagem que se baseie no treinamento e na aceitação de algo que é ensinado, se mostra útil. Ao prescrever passos, tentar explicar uma pessoa a si mesma e treiná-la em conhecimentos sobre um modo de vida satisfatório pode ser uma abordagem tentadora, porém tais métodos se mostram fúteis. O máximo que se podem alcançar é alguma mudança temporária, que logo desaparece, deixando o indivíduo mais do que nunca convencido

de sua inadequação.

Durante a entrevista realizada pela pesquisadora, alguns participantes se sentiram à vontade pra levantar suas dificuldades, como se pode observar nos relatos descritos a seguir. É importante salientar que essas dificuldades não foram exploradas no grupo estudado pela coordenadora durante as visitas realizadas.

- em seis meses emagreci vinte e seis quilogramas, antes eu fazia direitinho, mas agora como menos salada e não faço tão direitinho.
- acho que poderia me exercitar mais, faz alguns meses que estou aqui mas ainda eu não consegui tirar a fritura pois meu marido gosta muito e tem minhas netinhas que vão em casa e aí faço doces para elas.
- faço tudo direitinho o que é mandado, mas de manhã como muito e quando estou nervosa também.
- como salada todos os dias, mas só alface e tomate, não consigo comer outros tipos.
- Moro com a minha sobrinha e ela implica comigo porque eu como salada todos os dias.

Esses relatos evidenciam também que a alimentação aflora entre outros fatores os psicológicos, sociais, emocionais e culturais, que não devem ser ignorados pelo profissional, que juntamente com o participante deve ser adequadamente trabalhado. Daí a importância do trabalho interdisciplinar envolvendo as áreas de nutrição, psicologia, educação física, entre outras.

Foram levantadas durante o grupo pelos participantes, algumas falas como, por exemplo: “o que eu posso comer quando for para a praia?” e “posso comer doce?”. Essa necessidade de permissão para comer tornou-se recorrente. Muller (1999) salienta a importância do profissional ter a habilidade de ajudar o cliente a pensar. Essa prática, porém, não foi realizada no grupo estudado, pois a orientadora se direcionava estritamente a responder as dúvidas dos participantes.

Segundo a secretária do grupo estudado, nas reuniões não há um número limitado de participantes, ou seja, pode haver reuniões com dez, cinquenta ou oitenta participantes.

Apesar de alguns participantes relatarem que obtiveram resultados quanto ao emagrecimento, não há registros quantitativos correspondentes que poderiam ser analisados ou acompanhados de forma criteriosa.

Observou-se que a procura pelo grupo estudado pode originar-se principalmente, pelo acolhimento social que é proporcionado pelos participantes por meio das reuniões. Deve ser ressaltado que a pessoa com obesidade apresenta, geralmente, dificuldades no convívio

social. Portanto, o grupo estudado pode parecer um facilitador ou um catalisador da inserção desses indivíduos a um grupo social. Isso pode ser observado a partir dos seguintes relatos de alguns participantes:

- aqui no grupo eu recebo apoio e atenção.
- sinto-me feliz pelo companheiro que emagrece e me animo também.
- aqui a gente se fortalece, se anima.
- Gosto de ouvir os depoimentos dos colegas.
- O bom do grupo é que aqui a gente tem um compromisso com a balança e disciplina.

É somente no depoimento dos participantes do grupo estudado que encontramos a “fala” individual. Nota-se, neste momento que a abordagem toma um rumo diferente e pode se desprender do controle do coordenador, mas rapidamente ele retoma o centro do enfoque, tornando-se novamente o controlador do grupo.

Notou-se que as discussões acontecidas no grupo estudado foram superficiais e transitaram o tempo todo entre argumentos emocionais, dicas de culinária, receitas e informações nutricionais. Isso mostrou que as palestras não se conduziram pelo argumento técnico-científico nem pelo da dica culinária ou nem mesmo pelo apelo da auto-ajuda e sim pelo tratamento superficial, frágil e justaposto de todos estes elementos traduzidos numa prática de imposição de conduta travestida de frases de forte apelo emocional bastante representativos da conscientização da consciência mágica apresentada por Paulo Freire.

Ocorreu constantemente, durante todo o encontro com o grupo, o encorajamento dos participantes pela coordenadora, quanto à mudança alimentar. Esse encorajamento tornou o clima entre os participantes agradável, porém ausenta-se no discurso o encorajamento para o relato individual sobre os problemas acerca da dificuldade alimentar vivida pelo participante. Percebeu-se que a proposta do grupo seguiu uma abordagem ora de transmissão de informações alimentares, ora de um encorajamento para mudanças a partir de idéias de auto-ajuda.

Observou a partir dos relatos dos participantes do grupo estudado, uma mudança de comportamento alimentar, como escritas a seguir:

- Antes eu não comia salada, agora eu como todos os dias.
- Diminuí as frituras e os doces eu como bem pouco.
- Comia muito no período da noite e não tomava café da manhã e hoje eu tomo.
- Estou aprendendo a me alimentar melhor.

Segundo Garcia (1999), ter conhecimento sobre alimentação saudável não resulta em mudança de comportamento alimentar. Questiona-se a proposta de educação realizada no grupo estudado como uma ação que se proponha a ir além de uma abordagem de mera transmissão de informações. Houve educação, ainda que desenvolvida de uma forma insatisfatória diante aos desafios que são impostos à educação nutricional como uma proposta de conscientização e autonomia.

A mudança comportamental na alimentação que possa ocorrer com uma abordagem educativa permeada na imposição de conduta e transmissão de conhecimentos técnicos, sejam eles baseados em pesquisas científicas ou sejam eles realizados de uma forma intuitiva, poderá caminhar num terreno movediço. Uma mudança circunstancial no comportamento alimentar poderá ocorrer e ser sustentada superficialmente durante um curto prazo de tempo, possibilitando recidivas, já que a mesma não foi efetivamente incorporada. No relato de uma participante do grupo se observa esse contexto:

“Em quatro meses emagreci muito e fazia tudo direitinho, agora como menos salada e não faço mais tão direito, às vezes engordo, às vezes emagreço”.

Segundo Assis e Nahas (1999), a maioria dos programas de redução do peso baseados no treinamento do autocontrole comportamental, pouco menciona sobre o aspecto da recaída ou da manutenção do peso perdido e a maneira de enfrentar essa possibilidade.

De acordo com Cervato et al. (2004), deve ser estimulada a autonomia para o controle de peso, com promoção de estratégias individuais para o autocontrole. Com isso, aumenta-se a chance do indivíduo perder peso e manter essa conquista.

Observou-se no grupo estudado que a estruturação das atividades eram seguidas e mantidas da mesma forma em todos os encontros visitados e que ao final deles os participantes que obtinham maiores resultados com relação à perda de peso ganhavam certificados e prêmios. Essa conduta está coerente com o chamado “aconselhamento behaviorista”, que segundo Rodrigues et al. (2005), tem como objetivo principal a mudança de comportamento inadequado e nele se enfatiza a definição e o alcance do objetivo, assim quando o cliente adquire novas práticas alimentares, ainda que condicionado por meio de reforço positivo (prêmio, elogio) ou negativo (punição, censura), entende-se que o processo ocorreu.

Levando-se em consideração os vários fatores que podem influenciar as escolhas

alimentares, sejam eles sob os aspectos psicológicos, sociais, econômicos e culturais, a educação nutricional torna-se uma ferramenta cada vez mais necessária, entretanto nas mãos de quem não sabe conduzi-la, ela pode se tornar pouco eficaz em seus propósitos, principalmente se sua prática e métodos estiverem baseados no autoritarismo, na imposição de normas e condutas, no enfoque restrito a um objetivo específico (por exemplo, o emagrecimento) e na manipulação do comportamento alimentar.

Sabe-se que em função do crescente número de pessoas acima do peso, a busca por informações nas áreas da alimentação e nutrição está cada vez mais em evidência. Entretanto, muitas das informações ligadas a tais assuntos podem não ser verídicas ou ainda mal interpretadas, principalmente se veiculadas por pessoas que não tenham formação específica na área. Infelizmente tais informações podem confundir ainda mais a população, tornando-as pouco capazes para realizar suas escolhas alimentares.

Espera-se que, somadas aos demais estudos, as análises elaboradas nessa dissertação contribuam para incentivar outras pesquisas na área da educação nutricional para intensificação de atividades educativas nesta área, buscando-se a melhoria da qualidade de vida da população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo central desta pesquisa foi aprofundar uma discussão sobre a educação no âmbito nutricional. Buscando atingir este objetivo foram analisados por meio de um estudo de caso, o funcionamento e o conteúdo educacional de um grupo de reeducação alimentar que tinha como objetivo a redução de peso. A revisão bibliográfica também contribuiu para a análise e discussão do objetivo da pesquisa sob o ponto de vista da educação nutricional.

A alimentação é um importante fator tanto na prevenção como no tratamento da obesidade e de muitas doenças de alta prevalência nas sociedades atuais. Sendo assim, é imperiosa a implementação de programas que incentivem práticas alimentares saudáveis, como um caminho para o controle da obesidade e doenças crônicas degenerativas. Há várias referências científicas relacionando os problemas nutricionais à questão do acesso tanto a alimentação, como a informação apropriada sobre alimentação, os alimentos e as doenças. Porém, o conhecimento da educação alimentar e nutricional não deveria limitar os indivíduos com informações sobre alimentos, alimentação e prevenção de problemas nutricionais. Tal educação poderia também auxiliar os indivíduos na tomada de decisões sobre o seu consumo alimentar. Assim, outras metodologias de aprendizagem no campo da educação nutricional, senão a técnica de transmissão dos conteúdos, devem ser desenvolvidas e incentivadas.

Atualmente, observa-se que muitas informações acerca da dieta e da alimentação emergem de grupos de emagrecimento e/ou titulados como grupos de reeducação alimentar, que cada vez mais são freqüentados por pessoas que desejam emagrecer. Nesse contexto, torna-se necessário que tais informações sejam cuidadosamente trabalhadas, sendo seu conteúdo permeado por uma abordagem educativa, não restritivamente técnica ou ainda de forma intuitiva e assistemática. Dessa forma, o nutricionista deveria ser o profissional indicado para a realização de um efetivo desenvolvimento da educação alimentar ou nutricional. E ainda, ser um conhecedor e/ou especialista de áreas ligadas à educação e antropologia da alimentação.

O enfoque de uma abordagem educativa na área de nutrição deve estar centrado à reflexão dos fatores influenciadores do comportamento alimentar e não propriamente baseado em uma abordagem tradicional imposta por normas e regras a serem seguidas. Por meio de reflexões e questionamentos, possibilita-se o despertar da consciência crítica e o cliente poderá se tornar cada vez mais autônomo em suas escolhas.

Levando-se em consideração que a educação nutricional deve ser adaptada ao desenvolvimento mental e social do indivíduo ou grupo, cabe ao cliente um papel essencialmente ativo, participativo e reflexivo e ao nutricionista um conhecimento de sua área no mais amplo aspecto: técnico, social, cultural, psicológico e econômico. O papel do nutricionista deve ser o de facilitador do aprendizado, evitando a fixação de respostas prontas e sim propondo desafios aos clientes, aconselhando-os quando necessário e ao mesmo tempo concedendo-lhes autocontrole e autonomia. Dessa forma, a aprendizagem e a possível mudança de comportamento alimentar torna-se mais concreta e sustentável.

Os aspectos levantados acima, não foram observados no grupo estudado durante a pesquisa. Com isso, a efetivação da educação nutricional crítica e participativa não se realizou. Sendo assim, a mudança no comportamento alimentar dos participantes poderia não ser sustentada no médio e longo prazo.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DE ALIMENTAÇÃO - ABIA. **O mercado de food service no Brasil**. São Paulo, 2003. 125p.

ALIMENTOS para o século 21: visão e tendências da indústria americana. **Food Ingredients**, São Paulo, n.21, p.48-58, nov./dez., 2002.

ALMEIDA, S.S; NASCIMENTO P.C.B.D; QUAIONI, T.C.B. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.3, n.36, p.353-355, mai./jun., 2002.

ALVES R. **A alegria de ensinar**. 5.ed. Campinas: Papirus, 2000. 93p.

_____. **Filosofia da ciência**: introdução ao jogo e suas regras. 4.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002a. 223p.

_____. **O médico**. 2. ed. Campinas, SP: Papirus, 2002b. 94p.

ANDRADE A.; BOSSI M. L. M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 1, p.117-125, jan./mar., 2003.

ASSIS, M. A. A. de; NAHAS, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 31-41, jan./fev., 1999.

AXELSON M. L.; BRINGER D.; DURAND H. J. Eating at a fast-food restaurant- a social-psychological analysis. **Journal of Nutrition Education**, Hamilton, v. 15, n. 3, p. 94-98p, Sept. 1983.

BUCCI, E. A solidariedade que não teme aparecer (ou o voluntariado para ajudar a quem ajuda). In: BUCCI, E.; KEHL, M. R. **Videologias**. São Paulo: Boitempo, 2004. p.180-187p.

BAUDRILLARD J. **A sociedade de consumo**. Lisboa: Edições 70, 2005. 212p.

BERNARDI F.; CICHELERO C.; VITOLO M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 85-93, jan./fev., 2005.

BLACKBURN, G. L.; WALTMAN B. A. Physician's guide to the new 2005 dietary guidelines: how best to counsel patients. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, Ohio, v.72, n. 7, p. 609-618, July 2005.

BOOG, M. C. F. **Educação nutricional em serviços públicos de saúde**: busca de espaço para ação efetiva. 1996. 298 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

_____. Educação nutricional: passado, presente, futuro. **Revista de Nutrição da PUCCAMP**, Campinas, v. 10, p. 5-19, jan./jun., 1997.

_____. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 15, supl. 2, p. 130-147, 1999.

BOOG, M.C.F., MAGRINI, V. F. P. L. Relato de experiência: reeducação alimentar por meio de abordagem interdisciplinar envolvendo as áreas de nutrição e saúde mental. **Revista Sociedade Cardiológica Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 9, supl. A, p. 1-8, 1999.

BOOG, M.C.F., MOTTA, D. G.; BON, A M. X. **Alimentação natural**: pós e contras. São Paulo: IBRASA, 1985. 132p.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais. Brasília, MEC/SEF, 1998. 436p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília, 2004. 120p. (Série. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **Guia alimentar para a população brasileira.** Brasília, 2005. 284p. (Série. Normas e Manuais Técnicos).

CALDEIRA, G.V. **Consumo habitual de alimentos de escolares da rede municipal de ensino de Florianópolis-SC.** 1998. 126p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

CAMARGO, R. (Coord.). **Tecnologia dos produtos agropecuários: alimentos.** São Paulo: Nobel, 1984. 297p.

CARVALHO C.M.R.G. de; NOGUEIRA, A.M.T.; TELES, J.B.M.; PAZ, S.M.R. da; SOUZA, R.M.L. de. Consumo alimentar de adolescentes matriculados em um colégio particular de Teresina, Piauí, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 14, n. 2, p. 85-93, mai./ago. 2001.

CASOTTI L.; RIBEIRO A.; SANTOS C.; RIBEIRO P. Consumo de alimentos e nutrição: dificuldades práticas e teóricas. **Cadernos de Nutrição**, Campinas, v. 6, p. 26-39, 1998.

CASTRO, F. A F. de PEREIRA, C. A S. dos PRIORE, S. E; RIBEIRO, S. M. R; BITTENCOURT, M.C.B; QUEIROZ, V.M.V. de. Educação nutricional: a importância da prática dietética. **Nutrição em Pauta**, São Paulo, v. 10, n.52, p. 9-15, jan./fev. 2002.

CECIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso necessário. **Revista de Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.9, n. 16, p.161-167, set.2004.

CERVATO, A M.; JORGE M. I. E.; GOMES A L. C. Bases teóricas para a prática da educação nutricional. **Nutrição em Pauta**, São Paulo, v.12 n.67, p. 12-17p, jul/ago 2004.

CHIARA, V.; SICHIERI, R.; CARVALHO, T.; ALVES, D. Padrão alimentar de adolescentes com sobrepeso. In: CONGRESSO NACIONAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 6., Florianópolis, 2001. **Resumos...** Florianópolis: SBAN, 2001. 231p.

CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS – 3ª. REGIÃO. **Uma visão biopsicossocial do nutricionista.** São Paulo: CRN, 1993. p. 4-5.

COROBA, D. C. R. **Normas e guias alimentares**. In: Curso de educação para o consumo de alimentos. Piracicaba: ESALQ, Departamento de Agroindústria, Alimentos e Nutrição, p. 64-75. 2003.

DAVANÇO, G.M.; TADDEI, J.A.A.C.; GAGLIANONE, C.P. Conhecimentos, atitudes e práticas de professores de ciclo básico, expostos e não expostos a curso de educação nutricional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 177-184, abr./jun. 2004.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 2. ed. São Paulo: Athas, 1989. 287p.

FAGANELLO, C.R.F. **Disponibilidade de energia e nutrientes para a população das regiões metropolitanas de Recife e São Paulo**. 2002. 113 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz”, Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2002.

FERNANDEZ, P. M. **Noções conceituais e práticas educativas em alimentação e nutrição dos professores de 1ª. a 4ª. Séries do Distrito federal**. 2005. 193p. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) – Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

FISBERG, M. **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundação BYK, 1995. 157p.

FISBERG, M.; BANDEIRA, C.R.S.; BONILHA, E.A. Hábitos alimentares na adolescência. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 36, n. 11, p. 724-734, 2000.

FISBERG, M.; CHEIN, W.; HOPPIN, A.; KOLETZKO, D.L.; MORENO, L.; NELSON, T.; STRAUSS, R.; UAUY, R. Obesity in children and adolescents: working group report of the second world congress of pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, New York, v. 39, supl. 2, p. 678-687, June 2004.

FRANCISCHI R.P.; PEREIRA L.O.; LANCHI JUNIOR A.H. Exercício, comportamento alimentar e obesidade: revisão dos efeitos sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos. **Revista Paulista de Educação Física**. São Paulo, v.15, n.2, p.117-40, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 184p.

_____. **Política e educação**. São Paulo: Cortez, 1993. 119p.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 30.ed. São Paulo, Paz e Terra, 2004. 148p.

GAMBARDELLA, A.M.D.; FRUTUOSO, M.F.P.; FRANCHI, C. Prática alimentar de adolescentes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 12, p. 55-63, 1999.

GARCIA, R.W.D. Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. **Revista de Nutrição da PUCCAMP**, Campinas, v. 5, n. 1, p. 70-80. jan./jun., 1992.

_____. **A comida, a dieta, o gosto**: mudanças na cultura alimentar urbana. São Paulo, 1999, 312 p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.16, n. 4, p. 483-492, out./dez. 2003.

_____. Representações sobre consumo alimentar e suas implicações em inquéritos alimentares: estudo qualitativo em sujeitos submetidos à prescrição dietética, **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 1, p. 15-28, jan./mar. 2004.

GIL, A C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206p.

GIL, A C., **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175p.

GONZÁLEZ, I.C.M. Nutrição nos escolares e adolescentes. **Nutrição em Pauta**, São Paulo, v. 10, n. 53, p. 23-26, mar./abr. 2002.

GOODRICK, G. K., FOREYT, J. P. Why treatments for obesity don't last. **Journal of the American Dietetic Association**, Chicago, v. 91, n. 10, p. 1243-1247, Oct. 1991.

GOUVEIA E. L. C., **Nutrição, saúde e comunidade**. 2.ed. Rio de Janeiro, 1999. 247p.

HACK H, NYE S. **Aconselhamento:** estratégias e objetivos. São Paulo: EPU, 1977. 177p.

HAYS, N. P.; BATHALON, P. G.; McCRORY, A.M.; ROUBENOFF, R.; LIPMAN, R.; ROBERTS, B. S.; Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55-65 y. **American Journal Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 75, p. 476-83, Mar. 2002.

HOGA, L. A.K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.38, p.13-20, jan./abr. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em: 1 maio 2005.

ISSELMANN, M.C.; DEUBNER, L.S.; HARTMAN, M. A nutrition counseling workshop: integrating counseling psychology into nutrition practice. **Journal of the American Dietetic Association**, Baltimore, vol. 93, n.3, p. 324-326, Mar., 1993.

KAPFERER, J-N. **L'enfant et la publicité:** les chemins de la seduction. Paris : Dunod, 199p. 1992.

KAUFMAN, A. Transtornos alimentares na adolescência. **Revista Brasileira de Medicina**, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.cibersaude.com.br/search.asp>. Acesso em: 5 maio 2002.

LAGANÁ, M.T.C. A Educação para a Saúde: o cliente como sujeito da ação. **Revista Escola Enfermagem Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.23, p.149-52, abr. 1989.

LAMBERG-LAGACE L. Media, nutrition information, and consumer reactions. **Journal of Nutrition Education**, Hamilton, v. 5, n. 1, p. 6-8, Jan.1983.

LAMOUNIER, J.A. Situação da obesidade na adolescência no Brasil. In: SIMPÓSIO OBESIDADE E ANEMIA CARENCIAL NA ADOLESCÊNCIA. Salvador, 2000. São Paulo: Instituto Danone, 2000. p.15-31.

MACARIO E, EMMONS K, SORENSEN G, HUNT M, RUDD M. Factors influencing nutrition education for patient with low literary skills. **Journal American Dietetic Association.**, New York, v. 98, n. 5, p.554-564.

MACEDO, I.C. **Capacitação para educação nutricional dirigida a professores de um curso de educação infantil de São Paulo.** 2003. 198p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MALHOTRA, N.K. **Pesquisa de marketing:** uma orientação aplicada. Trad. Nivaldo Montingelli Jr e Alfredo Alves de Farias. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 720p.

MARINHO, S. P.; MARTINS, I. S.; PERESTRELO, J. P.; OLIVEIRA, D. C. Obesidade em adultos de segmentos pauperizados da sociedade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.16, n. 2, p. 195-201, abr./jun. 2003.

MARQUES, J. Florianópolis proíbe doces nas escolas. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 2 ago. 2001. p.C-5.

MATTOS, L. L.; MARTINS, I. S. Consumo de fibras alimentares em população adulta. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n. 1, p. 50-55, fev. 2000.

MENEZES E. W., LAJOLO F. M., GIUNTINI E. B. Potencial de fibra alimentar em países ibero-americanos: alimentos, produtos e resíduos. **Archivos Latinoamericanos de Nutricion.** Venezuela, v.53, n. 1, p. 14-20. 2003.

MINAYO, M. C. S. de. **O Desafio do Conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO. 1994. 269p.

MIZUKAMI M.G.N. **Ensino:** as abordagens do processo. São Paulo: EPU, 1986. 115p.

MONTEIRO C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1995. 359p.

MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L.; CASTRO, I.R.R. de. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade do Brasil (1975-1997). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl.1, p. 67-75. 2003.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W.L.; POPKIN, B.M. Independent Effects of Income and education on the risk of obesity in the Brazilian Adult Population. **The Journal of Nutrition**. Bethesda, v. 131, n. 3, p. 881-886, 2001.

MONTEIRO, C. A; MONDINI, L.; COSTA, R. B.L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil, **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, jun. 2000.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001. 118 p.

MOTTA, D. G. **A educação participante no controle metabólico e qualidade de vida de mulheres com diabetes mellitus tipo 2**. 1998. 243p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

MOTTA, D. G., Abordagem nutricional ambulatorial da obesidade de adultos. **Revista de Ciência e Tecnologia**, Piracicaba, v. 2 ,n. 3 , p.67-78, 1993.

MOURA, E.C.; NAKAMURA, S.Y.; ROMERO, V de S.V. Níveis de colesterol em escolares da primeira série de uma escola pública de Campinas, São Paulo, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 10, n. 1, p.63-69, 1997.

MOURA, M. **O pensamento de Paulo Freire: uma revolução na educação**. Lisboa: Multinova, 1978. 150p.

MÜLLER, R.C.L. **A história familiar e a obesidade na adolescência: um estudo clínico-qualitativo com adolescentes obesos**. 1999. 139p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

NACIF, M. A L.; ABREU, E. S.; TORRES, E. A F. S. Conhecimentos de alimentos ricos em colesterol pela população. **Revista Nutrição Brasil**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 186-190, 2003.

NEVES M. F., CHADDAD F. R., LAZZARINI S. G. **Alimentos: novos tempos e conceitos** na gestão de negócios. São Paulo: Pioneira, 2000. 129p.

OLIVEIRA, J. **O papel da merenda diária dos ingressantes no 1º. Grau das escolas municipais de São Paulo**. 1997. 132p. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana Aplicada) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

OLIVEIRA, M.C. de; SICHIERI, R. Fracionamento das refeições e colesterol sérico em mulheres com dieta adicionada de frutas ou fibras. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 449-459, out./dez. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Comunicado de imprensa conjunto da OMS/FAO 32**, 2003. Disponível em: www.who.int/nut.. Acesso em: 17 julho 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La participación de la comunidad en desarrollo e su salud: un desafío para los servicios de salud**. Ginebra, OMS, 1991. (Série de Informes Técnicos, 809).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 60p.

PELICIONI, M.C.F.; TORRES, A.L. **A escola promotora de saúde**. São Paulo: FSP/USP, 1999, 13p. (Série Monográfica, 12).

PÉRUSSE L. Obesidade: determinantes genéticos, ambientais e clínicos. **Nutrição em Pauta**, São Paulo, n.56, p. 5-11, set./out. 2002.

PILON, A F. Educação, saúde e vivência. **Revista Brasileira de Saúde Escolar**, Campinas, v. 1, p. 27-34, set./dez., 1990.

PIPITONE, M.A.P. A relação saúde e educação na escola de 1º. Grau. **Alimentação e Nutrição**, São Paulo, v.15, n. 65, p. 48-52, 1995.

POULAIN J.P.; PROVENÇA R.P.C. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.16, n. 3, p.245-256. jul./set., 2003.

POURCHET-CAMPOS M. A. Fibra: a fração alimentar que desafia os estudiosos. **Revista de Alimentação e Nutrição**, São Paulo, v.2, p.45-52, mar. 1990.

REYES F. G. R., AREAS A. M. Fibras alimentares: diabetes *mellitus*. **Cadernos de Nutrição**, Campinas, v. 12, p.1-8, dez. 1996.

RIBEIRO, E. S. **Energia e nutrientes na dieta de escolares:** contrastes entre municípios brasileiros. 2005. 100p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz”, Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2005.

RODRIGUES, E. M. **Problematização do comportamento alimentar como estratégia da educação nutricional:** uma experiência com adolescentes obesos. 2005. 243p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

RODRIGUES, E. M., SOARES, F. P. T. P. de.; BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 119-128, jan./fev. 2005.

ROGERS C. **Tornar-se pessoa**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997. 489p.

SANTOS K.M.O. dos.; BARROS FILHO A. A. de.; Fontes de informação sobre nutrição e saúde utilizadas por estudantes de uma universidade privada de São Paulo. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 15, n. 2, p. 201-210, mai./ago. 2002.

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. 681-689, set./out. 2005.

SANTOS, L.A.S. Reflexões sobre a educação alimentar e nutricional no âmbito da prática profissional do nutricionista. In: CONFERÊNCIA REGIONAL LATINO AMERICANA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, 3ª; CONGRESSO NACIONAL LATINO-AMERICANO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE. **Anais...** São Paulo: USP/FSP; UIPES/ORLA, 2002. CD-ROM.

SAWAYA, A.L.; SOLYMOS, G.M.B.; FLORÊNCIO, T.M.M.T.; MARTINS, P.A. Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 48, p. 21-44, mai./ago. 2003.

SCHWARTZMAN, F; TEIXEIRA, A. C. Educação nutricional prevenindo a obesidade. **Nutrição em Pauta**. Disponível em: www.nutricaoempauta.com.br. Acesso em: 1 ago. 2003.

SERRA G. M. A; SANTOS E. M. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 691-701, jul./set 2003.

SILVA, M.V. da. **Segurança alimentar e nutricional**: a importância de suplementação alimentar e nutricional. Piracicaba: ESALQ, Departamento de Agroindústria, Alimentos e Nutrição, p.1-40. 2003.

SPEAKMAN, J. R. Obesity: the integrated roles of environment and genetics. **The Journal of Nutrition**, Bethesda, v.134, p. 2090-2105. Aug. 2004.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 11.ed. São Paulo: Cortez, 2002. 108p.

TONIAL S. R. **Desnutrição e obesidade**: faces contraditórias na miséria e na abundância. Recife: IMIPI, 2001. 180p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Consultation on obesity**: obesity preventing and managing the global epidemic. Genebra, 1998.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205p.

ZAVASCHI, M.L.S. **A televisão e a violência:** o impacto sobre a criança e o adolescente. Disponível em: http://www.ufrgs.br/psiq/vio_forc.html. Acesso em: 18 out. 2004.

ZIMERMAN, D. E. Atributos desejáveis para um coordenador de grupo. In: ZIMERMAN D. E.; OSORIO C.L. (Ed.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997a. cap. 3, 41-47p.

_____. Classificação geral dos grupos. In: ZIMERMAN D. E.; OSORIO C.L. (Ed.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997b. cap. 7, 75-92p.

ZUKERFELD, R. Grupos com portadores de transtornos alimentares. In: ZIMERMAN D. E.; OSORIO C.L. (Ed.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. cap. 19, 205-217p.

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário – Coordenadora do grupo

Programa:

Nome:

Data:

1. Qual é a equipe?
2. Qual o objetivo – função do grupo?
3. Quando é realizado? Qual a periodicidade?
4. Qual a duração (hora) dos grupos?
5. Qual é o número de participantes em cada grupo? Tem um máximo e um mínimo?
6. O grupo tem um ciclo? Quanto tempo o participante deve freqüentar o grupo?
7. Depois desse tempo ele retorna? Com qual freqüência?
8. Qual a faixa etária dos participantes? Tem divisão de grupo por faixa etária?
9. Tem divisão de grupos por doenças?
10. Tem divisão dos grupos por perfil socioeconômico?
11. É aplicado questionário alimentar aos participantes para conhecimento de seus hábitos alimentares?
12. É realizada uma avaliação socioeconômica ou psicológica para cada participante?
13. É realizada avaliação antropométrica?
14. É realizado algum exame clínico (diabetes, colesterol, hipertensão arterial)?
15. É passado um cardápio para os participantes?
16. Esse cardápio é padrão ou é calculado para cada participante?
17. É realizado um acompanhamento do cardápio passado? Com quê freqüência e como ele é realizado?
18. É realizado um acompanhamento de cada participante por meio de prontuários?
19. Ocorre pesagem? Como é feita? Quem faz? Qual é a freqüência?
20. Quais os temas abordados nos encontros?
21. Tem uma seqüência de temas? Qual é?
22. Existem outros profissionais da área da saúde atuando? Quais?
23. Quais os materiais utilizados durante o encontro? Multimídia? Lousa? Vídeos? Apostilas?

24. Como as pessoas ficam sabendo dos grupos?
25. Ocorrem faltas?
26. Existe acompanhamento de presença dos participantes?
27. Ocorrem desistências?
28. Das pessoas que entram no grupo, quantas permanecem efetivamente?
29. Existe alta para o participante?
30. Após a alta, existe um acompanhamento?
31. Quais os resultados esperados para o participante? Como são medidos?
32. Quais os resultados esperados para o programa? Como são medidos?

Anexo 2 – Roteiro para acompanhamento do grupo

Programa:

Primeiro encontro:

Hora:

Número aproximado de participantes:

Local:

Equipe:

1. Recepção

2. Apresentação dos temas

3. Discussão do orientador com os participantes

4. Outras atividades

5. Observações

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Anexo 3 – Questionário – Participantes

Programa:

Nome:

Data:

Como você ficou sabendo do grupo?

O que você busca com o grupo?

Você está conseguindo atingir seu objetivo? Se não por que?

Você pratica o recomendado pelo grupo?

O que você vê de bom no grupo?

O que você acha que poderia melhorar no grupo?

Você tem alguma sugestão para o grupo?

Mudou alguma coisa na sua alimentação com a participação no grupo? O quê mudou?

Anexo 4 – Ficha de acompanhamento do participante (elaborado e entregue pela equipe do grupo estudado)

3ª AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA		REEDUCAÇÃO ALIMENTAR	
DATA ____/____/____	PESO ATUAL ____	N. ____	DATA ____/____/____
ALTURA ____	PESO QUE SE SENTE BEM ____	CPF: ____	RG: ____
PUNHO DIREITO ____	PESO IDEAL ____	NOME COMPLETO LEGÍVEL ____	
IMC= ____	(C.BESO ____)	DATA NASC. ____/____/____ SEXO ____	
FNP= ____	____ Kg MÍNIMO	END. ____	
	____ Kg MÁXIMO	____ N. ____ APTO. ____	
CONTROLE DE PESO		CIDADE ____ BAIRRO ____	
DATA ____/____/____	DATA ____/____/____	CEP ____ FONE ____	
VALOR ____	VALOR ____	ATENDIMENTO NUTRICIONAL	
PESO ____ EL ____	PESO ____ EL ____	PROFISSÃO ____	
TOTAL EL ____	TOTAL EL ____	PROBLEMAS DE SAÚDE? ____	
DATA ____/____/____	DATA ____/____/____	____	
VALOR ____	VALOR ____	ATENÇÃO	
PESO ____ EL ____	PESO ____ EL ____	SUA PARTICIPAÇÃO AS REUNIÕES É DE SUMA IMPORTÂNCIA PARA O ÊXITO DO PROGRAMA!!!	
TOTAL EL ____	TOTAL EL ____	NOS CONHECEU ATRAVÉS DE QUEM? ____	
DATA ____/____/____	DATA ____/____/____	____	
VALOR ____	VALOR ____		
PESO ____ EL ____	PESO ____ EL ____		
TOTAL EL ____	TOTAL EL ____		

1ª) AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA		2ª) AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	
DATA ____/____/____	PESO ATUAL ____	DATA ____/____/____	PESO ATUAL ____
ALTURA ____	PESO QUE SE SENTE BEM ____	ALTURA ____	PESO QUE SE SENTE BEM ____
PUNHO DIREITO ____ (____)	PESO IDEAL ____	PUNHO DIREITO ____ (____)	PESO IDEAL ____
IMC= ____	(OBESO ____)	IMC= ____	(OBESO ____)
FNP= ____	____ Kg MÍNIMO	FNP= ____	____ Kg MÍNIMO
	____ Kg MÁXIMO		____ Kg MÁXIMO
CONTROLE DE PESO		CONTROLE DE PESO	
DATA ____/____/____	DATA ____/____/____	DATA ____/____/____	DATA ____/____/____
VALOR ____	VALOR ____	VALOR ____	VALOR ____
PESO ____ EL ____	PESO ____ EL ____	PESO ____ EL ____	PESO ____ EL ____
TOTAL EL ____	TOTAL EL ____	TOTAL EL ____	TOTAL EL ____
DATA ____/____/____	DATA ____/____/____	DATA ____/____/____	DATA ____/____/____
VALOR ____	VALOR ____	VALOR ____	VALOR ____
PESO ____ EL ____	PESO ____ EL ____	PESO ____ EL ____	PESO ____ EL ____
TOTAL EL ____	TOTAL EL ____	TOTAL EL ____	TOTAL EL ____
DATA ____/____/____	DATA ____/____/____	DATA ____/____/____	DATA ____/____/____
VALOR ____	VALOR ____	VALOR ____	VALOR ____
PESO ____ EL ____	PESO ____ EL ____	PESO ____ EL ____	PESO ____ EL ____
TOTAL EL ____	TOTAL EL ____	TOTAL EL ____	TOTAL EL ____

Anexo 5 – Folheto de reeducação alimentar (elaborado e entregue pela equipe do grupo estudado)

**EMAGREÇA ATÉ 3 KG POR SEMANA
NOS GRUPOS DE**

Reeducação

*Sinta o prazer de emagrecer sem
remédios e não por tempo determinado,
mas para toda vida.*

LOCAIS E DIAS DE REUNIÕES DOS GRUPOS

EM PIRACICABA

3ª feira - 14:30h -
19:00h -

4ª feira - 14:30h e -
19:00h

5ª feira - 14:30h e -
19:00h

EM RIO CLARO

2ª feira - 19:00h e -
6ª feira - 14:00h

ASSISTA UMA REUNIÃO SEM COMPROMISSO

"Por comer erroneamente fui engordando até chegar aos 140kg e fiquei hipertenso, comeci a refletir que assim não iria ver minhas filhas crescerem e perderia minha família."

Por indicação de uma prima, em Abril/2002 fui participar das reuniões do Grupo de Reeducação Alimentar

E muito determinado, consegui em 8 meses emagrecer 65 kg, passei dos 140 kg para 75 kg. Hoje sinto muita disposição, minha pressão normalizou e faço com prazer natção todos os dias. Continuo participando das reuniões porque é uma terapia, aprendo mais e sempre que posso incentivo os iniciantes."

"Passei muitos anos hipertensa e sofrendo depressão, tomava medicamentos prescritos pelo meu médico."

No ano de 1995 conheci o Grupo de Reeducação Alimentar e me inscrevi com a esperança da última tentativa. Consegui em 6 meses emagrecer 18kg e mantenho meu novo peso até hoje. Sou uma pessoa muito feliz e não tomo mais remédios. Continuo participando dos encontros porque é muito motivador."

"Sou uma pessoa vitoriosa e extremamente feliz, porque por decisão minha, em Janeiro/2002 fui participar das reuniões do Grupo de Reeducação Alimentar e em 1 ano emagreci 20 kg, sou deficiente física e tudo dependo dos meus pais; não posso fazer nenhuma atividade física."

"Já não andava mais por dores no joelho, coluna e problemas de hipertensão. Esses problemas se agravavam a cada dia até conhecer o Grupo de Reeducação Alimentar, que mudou minha vida, pois emagreci em 6 meses 23 kg. Hoje minha saúde é excelente, minha auto estima está elevada, estou de bem com a vida, feliz. Recebo elogios dos amigos, familiares e o principal, do meu médico."

"Diabético insulino, dependente há cerca de 8 anos, com 2 aplicações diárias. A partir de Agosto/2002, ingressei na Reeducação Alimentar e como primeiros resultados, desde Setembro/2002, não utilizo mais aquele medicamento, tendo eliminado até Fevereiro de 2003, cerca de 18 kg e ainda quero mais. Ganhei disposição e vida!"

"EMAGRECER NÃO É SOFRER, É SENTIR PRAZER" portanto "AME-SE MAIS I"

A dieta ideal deve oferecer de tudo um pouco, mudar os hábitos alimentares, preservar a saúde. Muitas pessoas esperam ficar doentes para procurar o médico e resolver seus problemas; mas muitas vezes poderiam evitar essas doenças se mudassem a qualidade da alimentação diária.

Doenças provocadas pela má alimentação: obesidade, colesterol, hipertensão, diabetes, triglicérides, ácido úrico, gastrite, úlcera, ansiedade, depressão, artrose, etc..

Para evitar é preciso:

- Ter horários certos para realizar as refeições;
- Fracionar em 5 pequenas refeições ao dia;
- Mastigar bem os alimentos;
- Beber 2 litros de água diariamente;
- Evitar beber líquidos durante as refeições;
- Não abusar do sal e do açúcar;
- Ter uma boa noite de sono.

Os grupos são orientados por Técnica em Nutrição e Dietética e ex-obesa, que desde 1993 emagrecceu 20 kg no período de 4 meses e também ex-obesa, que desde 1992 emagrecceu 16 kg no período de 4 meses, mantendo-os até hoje.

A nutricionista responsável pelos Grupos de Reeducação Alimentar é

Anexo 6 – Protocolo de estudo

Questões de estudo:

- Como é realizado o grupo de reeducação?
- Qual é a equipe?
- Qual o objetivo – função do grupo?
- Onde é realizado?
- Quando é realizado?
- Qual é a frequência das atividades do grupo?
- Período máximo de participação?
- Qual o roteiro? Temas? O que é abordado?
- Ocorre pesagem? Como é feita? Quem faz? Qual é a frequência?
- Qual é o número de participantes?
- Quais os resultados? Como se medem?
- Tem número máximo ou mínimo de participantes por grupo?
- Qual a faixa etária dos participantes?
- Tem divisão de grupos por idade ou doenças?
- Existem profissionais atuando? Quais?
- Quais os materiais utilizados durante o encontro? Multimídia? Lousa? Vídeos? Apostilas?
- Como são divulgados os grupos?
- Qual o nível de desistência?
- Há divisão por perfil sócio-econômico dos participantes?
- Ocorrem faltas? Com qual frequência?
- Existe alta?
- Após a alta, existe um acompanhamento?

Procedimentos:

1. Estudos de caso
 - 1.1. Grupo estudado
2. Pessoas a serem entrevistadas:
 - 2.1. Coordenadora
 - 2.2. Outras pessoas da equipe
 - 2.3. Participantes
3. Coleta de material: apostilas, informativos, documentos etc.
4. Acompanhamento e descrição dos procedimentos do grupo.
5. Análise das informações obtidas
 - 5.1. Descrição dos procedimentos dos grupos
 - 5.2. Pontos fortes e fracos do grupo / sugestões e críticas dos participantes

Anexo 7 – Receita entregue pela coordenadora do grupo em um dos encontros visitados pela pesquisadora.

RECEITA – TORTA DE ABOBRINHA OU CHUCHU

Ingredientes: 1 ½ xíc (chá) de farinha de trigo; 1 col (sobremesa) de adoçante em pó próprio para ir ao forno; 3 col (chá) de fermento em pó; ½ col (chá) de sal; ¼ col (chá) de salsinha ou dill ou hortelã fresco (se optou por salsa ou hortelã pode aumentar a quantidade); ¼ xíc (chá) de leite desnatado; 2 col (sobremesa de margarina light; 2 ovos; 60g de ricota; 2 xíc de abobrinha cortada em cubinhos.

Modo de Fazer: Pré-aqueça o forno 200°C. Unte uma forma de bolo inglês com margarina light.

Misture a farinha, o fermento, o adoçante, o sal e a salsa, misture bem.

Em outra vasilha, misture o leite, a margarina e os ovos, adicione a essa mistura a ricota e a abobrinha e bata como batedor de tiras. Junte a mistura de ingredientes secos, mexa até ficar homogêneo. Preencha a forma com essa mistura até 2/3 da borda. Asse a 200°C por 20 a 25 minutos, até ficar dourado. Desenforme e sirva quente.

OBS: CADA PORÇÃO CORRESPONDE 1 CEREAL E NESTE DIA NÃO COMER A FATIAZINHA DE QUEIJO.

RENDE 6 porções de 160 calorias cada.

Anexo 8**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estou realizando um trabalho de pesquisa de mestrado na área de Ciência e Tecnologia de Alimentos na Esalq-USP, sobre grupo de reeducação nutricional na cidade de Piracicaba.

Necessito para o desenvolvimento desse trabalho, realizar entrevistas com as pessoas que organizam esses grupos de reeducação nutricional e com as pessoas participantes desse grupo, as quais serão colaboradores fundamentais na construção da pesquisa.

Essas entrevistas serão realizadas pela pesquisadora Simone Ometto e serão citadas no corpo do trabalho. Os nomes dos colaboradores serão mantidos em sigilo.

Os colaboradores terão a liberdade de se recusar a participar da pesquisa, podendo inclusive, retirar-se da mesma em qualquer etapa e isso não lhe trará nenhum prejuízo.

A pesquisa realizada também não trará despesas, gastos ou danos para os entrevistados e caso haja, serão ressarcidos.

Atenciosamente,

Simone Ometto

Eu _____ declaro que estou
ciente das informações recebidas e concordo em participar da pesquisa.

Piracicaba, _____ de _____ de _____