**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Avaliação da vivência de participantes em dois
modelos de grupos educativos em alimentação e
nutrição**

Bruna Zillesg Borges dos Santos

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Nutrição em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de concentração: Nutrição em
Saúde Pública

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Maria
Cervato-Mancuso

**São Paulo
2018**

Avaliação da vivência de participantes em dois modelos de grupos educativos em alimentação e nutrição

Bruna Zillesg Borges dos Santos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Maria Cervato-Mancuso

**São Paulo
2018**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo agradeço a **Deus** e a **Nossa Senhora** por esta grande oportunidade de aprendizado. Agradeço a eles também por me acolher, escutar, orientar e fortalecer durante toda essa caminhada. Tenho a ciência de que sem eles nada disso seria possível.

No âmbito profissional:

À **Profª Drª Ana Maria Cervato-Mancuso**, por me acolher como sua aluna, me orientar e me proporcionar oportunidades para meu crescimento profissional. Obrigada por todo o seu tempo dedicado a mim, por toda a sua ajuda e por todo o seu conhecimento compartilhado!

À nutricionista **Viviane Laudelino Vieira**, por abrir as portas para este caminhar! Agradeço por toda a sua confiança, atenção e auxílio tanto antes do mestrado quanto durante.

À nutricionista **Kellem Regina Rosendo Vincha**, por todo apoio, colaboração, paciência e amizade. Às estudantes **Amanda de Faria** e **Natália Walter** e à nutricionista **Greice Lúcia Silva** por todo o aprendizado e trabalho em equipe.

À **Renata Pisani de Almeida**, pela ajuda na revisão do projeto de dissertação no momento do exame de qualificação.

Às nutricionistas **Samantha Caesar de Andrade**, **Natália Koren Simoni**, **Thamires Leonardi Merino Rios** e **Vanessa Sayuri Nagaishi** e à **Profª Drª Maria Elisabeth Machado Pinto e Silva** que estiveram presentes em meu aprimoramento profissional. Ainda tenho muito a aprender com vocês.

Aos **participantes dos grupos educativos de alimentação e nutrição** que fizeram parte dessa pesquisa.

Aos professores **Fernanda Baeza Scagliusi, Priscila de Moraes Sato e Vicente Sarubbi Júnior**, por todas as suas colaborações para o desenvolvimento da dissertação, seja em disciplinas na faculdade, no exame de qualificação ou em cursos de capacitação.

À nutricionista e professora da graduação **Manuela de Almeida Roediger**, por todo incentivo e apoio.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**) por conceder-me uma bolsa de estudo que possibilitou a minha dedicação exclusiva para a realização da presente pesquisa.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (**FAPESP**) que proporcionou apoio financeiro à pesquisa em que este estudo faz parte.

No âmbito familiar:

À minha mãe **Dirce** (*in memoriam*), por me cuidar, me educar e me amar. Agradeço a ela nesse meu momento pois sei que de onde ela está continua a zelar por mim por meio de sua intercessão.

À minha tia **Margareth**, por assumir o papel de segunda mãe e estar sempre disposta a me ajudar em tudo. Muito obrigada por seus conselhos e por acreditar em mim!

Ao meu pai **Sérgio**, por todo apoio e carinho. Ele nem sabe, mas foi ajudando-o em suas necessidades que fui construindo a minha carreira profissional.

Aos meus avós maternos **Lourdes e Anselmo** e minha avó paterna **Ana**, por todas as suas experiências de vida compartilhadas, pelo abrigo, alimentação e, principalmente, oração.

À toda minha família, por me ajudar a ser quem eu sou hoje e me ensinar os verdadeiros valores da vida.

Ao **Francinaldo** por ser o companheiro de todos os momentos, compreensível e paciente.

RESUMO

SANTOS, B. Z. B. dos **Avaliação da vivência de participantes em dois modelos de grupos educativos em alimentação e nutrição**. 2018. Dissertação – Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2018.

Introdução: A prática de grupos é um tipo de assistência em saúde que vem sendo realizada na Atenção Básica. A alimentação é um dos assuntos que são abordados nessa prática, uma vez que esta é um fator de risco modificável para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis. Diante desse quadro, os profissionais de saúde contam com a Educação Alimentar e Nutricional que visa promover a prática de hábitos alimentares saudáveis. Para a avaliação de grupos, eles fazem uso, principalmente, de dados objetivos. No entanto, a realização de uma avaliação a partir de uma perspectiva de dados qualitativos tem sido cada vez mais utilizada pela importância de se estabelecer uma relação direta com os sujeitos, conhecendo as suas vivências. **Objetivo:** Analisar a vivência de participantes submetidos em dois modelos de grupos educativos de alimentação e nutrição realizados no âmbito da Atenção Básica no município de São Paulo. **Métodos:** Pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa, realizada no Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza com os usuários que estiveram presentes, pelo menos, em metade dos encontros dos grupos de alimentação e nutrição tradicionalmente realizados pelo local no ano de 2015 (Modelo A) e de um outro grupo, implantado por meio de pesquisa, no ano de 2016 (Modelo B). Grupos do Modelo A possuíam como objetivo incentivar e apoiar as mudanças alimentares enquanto que grupos do Modelo B tinham como intenção o fortalecimento da autonomia nas escolhas alimentares. Ambos os Modelos possuíam enquadres semelhantes, sendo o A formado por sete encontros e o B por seis com duração de 1h30min cada. A condução de grupos do Modelo A foi realizada pela equipe responsável pela assistência nutricional do local e, do Modelo B, por uma nutricionista doutoranda, idealizadora do modelo de intervenção, juntamente com o apoio de uma observadora e também da equipe. A produção dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com 7 participantes do Modelo A e 8 do B. Essas entrevistas foram transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo Temática com o auxílio do software NVivo11. Para esta pesquisa, utilizou-se um recorte dos resultados dessa análise que se referia a avaliação da vivência. **Resultados:** Emergiram quatro categorias e 12 unidades temáticas. Todas as categorias estiveram presentes em ambos os Modelos, sendo elas: Modelo Educativo, Comparecimento, Potencialidades e Fragilidades do grupo educativo de alimentação e nutrição. Oito unidades temáticas emergiram no Modelo A e essas também estavam presentes no Modelo B. Além dessas oito, o Modelo B apresentou mais quatro unidades temáticas. Verificou-se que, em ambos os Modelos, a vivência em grupo propiciou o reconhecimento de estratégias didáticas utilizadas, incentivo ao cuidado, ganhos a partir da convivência com o outro, como ampliação de conhecimento e reconhecimento de benefícios provocados na saúde, e demanda por atendimento individualizado. No Modelo A, enfatizou-se a relação unidirecional entre participante e profissional, aproximando-o mais do conceito de agrupamento. No Modelo B, destacou-se a interação social e a existência do vínculo entre os participantes, **Conclusão:** Em ambos os Modelos a prática de grupo oferece estratégias que incentivam o cuidado com a saúde, possibilita aprendizados provenientes da socialização e oportuniza o conhecimento de demandas pela atenção

individualizada. Grupos que são desenhados a partir de uma abordagem de educação tradicional possuem ações voltadas a prevenção enquanto que grupos que usam a educação dialógica se aproximam das ações de promoção da saúde.

Descritores: Promoção da Saúde; Educação Alimentar e Nutricional; Atenção Primária à Saúde; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

SANTOS, B. Z. B. dos. **Evaluation of the experience of participants in two models of educational groups in food and nutrition**. 2018. Dissertação – Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2018.

Introduction: The practice of groups is a type of health care that is being carried out in Primary Care. The food is one of the subjects that are dealt in these groups, since this is a modifiable risk factor for the development of chronic non-communicable diseases. Faced with this situation, health professionals rely on Food and Nutrition Education to promote the practice of healthy eating habits. For the evaluation of groups, professionals make use, mainly, of objective data. However, the performance of an evaluation from a qualitative data perspective has been increasingly used for the importance of establishing a direct relationship with the subjects, knowing their experiences. **Objective:** To analyze the experience of participants submitted to two models of educational groups of food and nutrition carried out in the scope of Primary Care in the city of São Paulo. **Methods:** Evaluative research with qualitative approach carried out at the Geraldo de Paula Souza School Health Center with the users who were present at least half of the meetings of the educational groups of food and nutrition traditionally carried out by the local in the year 2015 (Model A) and of another group, implemented through research, in the year 2016 (Model B). Model A groups aimed to encourage and support food changes while Model B groups were intended to strengthen autonomy in food choices. Both models had similar frames, being A formed by seven meetings and B by six with duration of 1h30min each. The model A group was conducted by the team responsible for the nutritional assistance of the local and, of the Model B, by a PhD nutritionist, idealizing the intervention model, along with the support of an observer and also of the team. The data production was carried out through semi-structured interviews guided by a script with 7 participants of Model A and 8 of B. These interviews were transcribed and submitted to Thematic Content Analysis with the aid of NVivo11 software. For this research, was used a cut-off of the results of this analysis that referred to the evaluation of the living. **Results:** Four categories and 12 thematic units emerged. All categories were present in both Models, being: Educational Model, Attendance, Potentialities and Fragilities of the educational group of food and nutrition. Eight thematic units emerged in Model A and these were also present in Model B. In addition to these eight, Model B presented four more thematic units. It was verified that in both Models, the experience in a group allowed the recognition of used didactic strategies, incentive to care, gains from living with the other, such as expansion of knowledge and recognition of health benefits, and demand for individualized service. In Model A, the unidirectional relationship between participant and professional was emphasized, bringing it closer to the concept of grouping. In Model B, it was highlighted the social interaction and the existence of the bond between the participants. **Conclusion:** In both Models, group practice offers strategies that encourage health care, enable learning from socialization, and facilitate the knowledge of demands for individualized attention. Groups that are drawn from a traditional education approach have actions aimed at prevention while groups that use dialogic education approach health promotion actions.

Keywords: Health Promotion; Food and Nutrition Education; Primary Health Care; Qualitative research.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	29
2.1	OBJETIVO GERAL	29
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3	MÉTODOS	30
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	30
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	30
3.3	APRESENTAÇÃO DOS GRUPOS	32
3.3.1	Grupos do Modelo A	32
3.3.2	Grupo do Modelo B	35
3.4	POPULAÇÃO DO ESTUDO	36
3.5	PRODUÇÃO DE DADOS	37
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	38
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	40
4	RESULTADOS	42
4.1	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	42
4.2	CATEGORIAS E UNIDADES TEMÁTICAS	43
4.2.1	Modelo educativo	45
4.2.2	Comparecimento	48
4.2.3	Potencialidades do grupo educativo de alimentação e nutrição	50
4.2.4	Fragilidades do grupo educativo de alimentação e nutrição	57
4.3	ANÁLISE HIERÁRQUICA DE SIMILARIDADE DE PALAVRAS	59
5	DISCUSSÃO	62
5.1	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	62
5.2	COMPARAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA VIVÊNCIA EM DOIS MODELOS DE GRUPOS EDUCATIVOS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	64
5.3	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	84
6	CONCLUSÕES	85
7	REFLEXIVIDADE	88
8	REFERÊNCIAS	91
	ANEXOS	100
	ANEXO 1 - Quadro 1	100

ANEXO 2 – Folheto de escolha de metas distribuído nos dois primeiros encontros	102
ANEXO 3 - Folheto distribuído no primeiro encontro	103
ANEXO 4 - Quadro 2	105
ANEXO 5 – Aprovação do comitê de ética (OF. COEP/168/11)	107
ANEXO 6 – Aprovação do comitê de ética (Parecer 1.035.608).....	108
ANEXO 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido entregue para os participantes de grupos do modelo A.....	111
ANEXO 8 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido entregue para os participantes de grupos do modelo B.....	112
APÊNDICES	114
APÊNDICE 1 - Roteiro da entrevista semiestruturada	114
APÊNDICE 2 – Tabela de códigos	116
CURRÍCULO LATTES	117
CURRÍCULO LATTES DA AUTORA	117
CURRÍCULO LATTES DA ORIENTADORA	118

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Categorias e unidades temáticas emergidas na análise de conteúdo temática das entrevistas dos participantes dos grupos do Modelo A (desenvolvidos tradicionalmente pelo local) e do grupo do Modelo B (desenvolvido a partir de pesquisa no local).....	44
Figura 3 - Análise hierárquica de similaridade de palavras das categorias dos participantes de grupos educativos do Modelo B, São Paulo, 2016.....	61
Figura 2 - Análise hierárquica de similaridade de palavras das categorias dos participantes de grupos educativos do Modelo A, São Paulo, 2015.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Informações quanto à doença, idade, escolaridade e ocupação dos participantes entrevistados de grupos educativos de alimentação e nutrição do Modelo A (desenvolvidos tradicionalmente pelo local) e do Modelo B (desenvolvido a partir de pesquisa no local).	42
Quadro 2 - Apresentação dos encontros dos grupos do modelo A desenvolvidos pelo Centro de Referência para Prevenção e Controle de Doenças Associadas à Nutrição, segundo temas, objetivo e descrição, São Paulo, 2015.....	100
Quadro 3 - Apresentação dos encontros dos grupos do modelo B desenvolvidos pelo Centro de Referência para Prevenção e Controle de Doenças Associadas à Nutrição, segundo tarefa e descrição do encontro, São Paulo, 2016.....	105

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Tabela de códigos.	116
------------------------------------	-----

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória no campo da nutrição ainda não é longa, embora tenha iniciado em 2009 ao ingressar na graduação nas Faculdades Metropolitanas Unidas, localizada na região de Santo Amaro, em São Paulo. Olho para trás e vejo o caminho que percorri para chegar onde estou hoje, caminho esse repleto de descobertas e realizações e construções de sonhos. Descobertas porque a cada experiência como nutricionista ampliei meus conhecimentos não apenas sobre a área em que eu estava, mas também de quem eu sou, minhas habilidades e minhas necessidades de lapidações. Já os sonhos, dizem respeito, principalmente, ao cuidado da saúde a partir da alimentação daqueles que sempre cuidaram de mim. Além disso, também pertencente aos sonhos, está a ação de proporcionar alegria, prazer, bem-estar e qualidade de vida a todos através de um ato muito apreciado por eles: o alimentar-se. No entanto, sonhos talvez não seja o termo ideal para expressar-me, visto que eles já estão sendo vividos, mas, ainda há muitas pessoas para ir ao encontro e, deste modo, vejo que esta ação se fará presente constantemente.

Na graduação aprendi muitas teorias, realizei muitas provas escritas e resolvi casos baseados na realidade, fatos que contribuíram para o meu desenvolvimento do conhecimento científico. Entretanto, foi por meio dos estágios (curriculares e extracurriculares) que aprendi algo na qual a sala de aula não foi suficiente para proporcionar: a humanização. O contato com as pessoas que necessitavam ou tinham interesse por meus conhecimentos em nutrição fez-me enxergar que é imprescindível, em um bom profissional da área da saúde, a empatia e a comunicação. Ao conhecer a pessoa, o contexto em que vive, sua rotina, suas necessidades e suas expectativas, considerando a realidade em que ela vive e fazendo uso de palavras e ações

adequadas, conseguimos fazer um trabalho mais humanizado e coerente que alcançará resultados de maiores efetividades. Logo, ser nutricionista não é apenas ter o conhecimento sobre alimentação, mas também exercer o relacionamento com as pessoas.

Antes mesmo de iniciar o mestrado, tive a oportunidade de experienciar durante um ano as atividades de cuidado nutricional com usuários da Atenção Básica. Essa experiência ocorreu como aprimoranda de nutrição em saúde pública atuante em um Centro de Saúde, mais especificamente no Centro de Referência para Prevenção e Controle das Doenças Associadas à Nutrição, conhecido popularmente como CRNutri. Este aprimoramento é um dos cursos de extensão oferecido na Faculdade de Saúde Pública durante o período de um ano e composto por 80% de atividades práticas e 20% teóricas

Uma das minhas principais atividades no CRNutri foi o desenvolvimento de grupos educativos em alimentação e nutrição que incluiu a realização das etapas de planejamento, execução e avaliação das atividades. O grupo era um atendimento já existente e incorporado na rotina das nutricionistas, mas, de maneira especial no ano de 2015, ele estava sendo inovado com base em um estudo de doutorado. Esta inovação resultou no desenvolvimento de um projeto de pesquisa envolvendo professores, estudantes de pós-graduação e profissionais do CRNutri que contou com o auxílio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Tudo para mim estava sendo uma novidade. Me questionava: “Atendimento em grupo? O que seria isso? Seria possível realizar atendimentos desta forma?” Se já não bastasse o meu escasso conhecimento sobre essa prática, o meu desafio se tornou ainda maior quando me propus a entender sobre a teoria de Grupo Operativo

e como ela poderia ajudar na inovação dos grupos em questão, visto que esta fazia parte da metodologia dos novos grupos.

A experiência ora como observadora ora como condutora dos grupos tradicionalmente realizados no local me fez refletir sobre os benefícios que esse atendimento poderia proporcionar às pessoas, entre eles a troca de experiência, a socialização e a ajuda mútua. Percebi que conduzir aqueles grupos não era algo muito complicado, visto que o roteiro continha exatamente as perguntas e respostas para serem ditas, além de instruções detalhadas de como desenvolver cada atividade e responder as principais dúvidas que os participantes apresentavam. No entanto, ainda me sentia meio perdida por nunca ter me aprimorado enquanto educadora anteriormente, aprendendo então na prática desses atendimentos. Como era algo mais informativo, os conhecimentos adquiridos na graduação foram o meu suporte, além de contar com o apoio de toda a equipe do CRNutri.

Com o tempo fui percebendo que o conceito de grupo não tinha relação com sala de aula ou palestra, duas experiências que eu já havia tido na vida acadêmica. No grupo havia interação entre as pessoas, o profissional se expunha, pois, as pessoas procuravam saber sobre como melhorar a sua alimentação e, por não haver a elaboração de cardápios individuais, as dúvidas surgiam com maior frequência.

Como integrante da equipe que estava trabalhando na inovação desse tipo de atendimento, participei na realização de um novo modelo de grupo no local. Para tanto, fui incumbida de exercer o papel de observadora nos encontros, auxiliando nos ajustes do roteiro elaborado e na avaliação do grupo. Nesta nova experiência, refleti sobre o desafio do nutricionista em conduzir grupos que demandavam maior habilidade do profissional para promover um espaço de diálogo e construção de

conhecimento, necessitando, portanto, de possuir escuta ativa, atenção a quem fala e a quem não fala, administração do tempo, apropriação do roteiro dos encontros etc.

Diante dos dois modelos de grupos realizados, a equipe avaliou que apenas os dados objetivos não seriam suficientes para compará-los sendo preciso a utilização de dados subjetivos para a ampliação da compreensão do atendimento. Sendo assim, fez-se uso de entrevistas semiestruturadas dirigidas pelos mesmos profissionais que estiveram conduzindo os grupos. Devido a minha inexperiência com tal técnica, me qualifiquei lendo a respeito, ouvindo gravações de entrevistas e acompanhando a realização de uma conduzida por uma entrevistadora experiente. Assim foi como surgiu minha aproximação com a pesquisa qualitativa.

No final do aprimoramento, surgiu-me a oportunidade de elaborar um projeto de mestrado para trabalhar com esses dados coletados sob orientação da Prof^a Dr^a Ana Maria Cervato-Mancuso juntamente com a colaboração de uma das nutricionistas do CRNutri, a Dr^a Viviane Laudelino Vieira na Faculdade de Saúde Pública da USP. Nesta experiência, aprofundei meus conhecimentos sobre pesquisa qualitativa e vim a descobrir mais ainda sobre os atendimentos em grupo, de modo especial, sobre a vivência dos participantes neste ambiente. Minha indagação era: será que a vivência foi diferente nos grupos? Que elementos da vivência são possíveis identificar por meio da fala dos participantes? Há um modelo de grupo que seja melhor?

Em decorrência do exposto, apresento a presente dissertação. Esta pesquisa está organizada em introdução, objetivo, métodos, resultados, discussão, conclusões e reflexividade.

1 INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde (PS) é um campo relevante na área da saúde que se associa a um conjunto de valores como vida, equidade, saúde, entre outros (HAESER, BÜCHELE e BRZOZOWSKI, 2012). Discutida desde a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, é apresentada na Carta de Ottawa, como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, incluindo uma participação no controle deste processo” (WHO, 1986; HAESER, BÜCHELE e BRZOZOWSKI, 2012). Esse conceito ainda foi assunto de outros movimentos, no âmbito internacional e nacional, que embasaram a Assembleia Constituinte de 1988, a qual resultou, no Brasil, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e este faz uso da PS como uma estratégia para ampliar as formas de intervir em saúde enfocando em aspectos que determinam o processo saúde-doença (BRASIL, 2015; FEIJÃO e GALVÃO, 2007).

Além disso, a PS tornou-se uma política nacional em 2006 e foi reformulada recentemente (BRASIL, 2015). Essa reformulação incluiu ênfase na articulação com demais políticas públicas, garantindo os princípios e as diretrizes do SUS e reconhecendo a necessidade de qualificação e atualização das ações e dos serviços realizados pelo SUS (BRASIL, 2015).

Mais recentemente, na 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde realizada em Xangai, na China, em 2016, discutiu-se os princípios da Carta de Ottawa e evidenciou-se o empoderamento dos indivíduos por meio da promoção de conhecimento, visto que isso impulsiona à equidade¹. Para tal, conforme contido na

¹ Ressalta-se aqui que a equidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde que se refere a igualdade e justiça, oferecendo atendimento ao indivíduo de acordo com suas necessidades (<https://pensesus.fiocruz.br/equidade>).

Declaração de Promoção da Saúde apresentada neste mesmo evento, houve um comprometimento em reconhecer a importância do conhecimento em saúde assim como investir em seu desenvolvimento para atingir toda a população².

Em um vídeo elaborado pela Organização Mundial da Saúde sobre esta Declaração, destacou-se o valor de se realizar escolhas mais saudáveis em prol do fortalecimento da sociedade, prosperidade da economia e sustentabilidade. Nele também foi salientado a necessidade de as pessoas estarem cientes do que são opções saudáveis para que, desta forma, consigam fazer melhores escolhas.³

A inserção de ações da PS são estimuladas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em todos os níveis de atenção do SUS, enfatizando o primeiro, que é a Atenção Básica (BRASIL, 2012b). Este primeiro nível, tido como contato preferencial para acolher grande parte da demanda de saúde da comunidade, contempla um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que engloba promoção, proteção e manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos (BRASIL, 2012b). Para o desenvolvimento dessas ações, a principal ferramenta da PS na Atenção Básica é a Educação em Saúde que, assim como a PS, está presente em todos os níveis de atenção, porém, tem destaque na Atenção Básica por ser uma das principais atividades exercidas pelos profissionais atuantes nesse nível (FEIJÃO e GALVÃO, 2007).

De maneira concomitante ao contido na Declaração de Xangai há a Educação em Saúde. De concepção ligada tanto ao conceito de educação quanto de saúde, ela, segundo o Ministério da Saúde, é um “processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa a apropriação temática pela população e não a

² Declaração disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/en/>>. Acessado em 13/03/2018.

³Endereço do vídeo: <<https://youtu.be/fxlKWPJlkHs>>. Acessado em 13/03/2018.

profissionalização ou a carreira na saúde” (BRASIL, 2012c, p.19). Além disso, forma indivíduos conscientes quanto ao poder de decisão sobre sua saúde, levando-os à mudança de hábito, conquista de sua autonomia e responsabilidade sobre a saúde da sua comunidade, familiares e coletividade (CARNEIRO et al., 2012; FALKENBERG et al., 2014; FEIJÃO e GALVÃO, 2007; SALCI et al., 2013)

Neste cenário em questão, uma prática assistencial que vem sendo realizada com frequência é o desenvolvimento de grupos que visem estimular os participantes a enfrentar problemas por meio de estratégias coletivas (DIAS, SILVEIRA e WITT, 2009; SOUZA et al., 2005).

A compreensão do processo de interação dos seres humanos é fundamentada na definição do conceito de Ser Humano, este sendo Ser histórico, que, ao conviver com outro, pode modificar marcas desenvolvidas no decorrer da trajetória de sua vida; Ser de relação, que reflete sobre si e toma decisões ao se ver através do outro; Ser de necessidades, que busca encontrar um nível de satisfação entre suas necessidades e as dos outros; e como Ser de projeto, que desenvolve criações e executa trabalhos. Sendo assim, o Ser Humano é visto como ser produtor e também produzido, devido a sua interação com o outro (CUNHA e LEMOS, 2011). Logo, o viver em sociedade é uma necessidade inata do ser humano, presente e visível assiduamente em diversos momentos de sua vida, como no estar com a família ou em associações (ABRAHÃO e FREITAS, 2009; MELO, MAIA FILHO e CHAVES, 2014). A participação nessas células sociais modelam o ser humano que, ao se sentir acolhido e pertencido ao grupo do qual faz parte, se constitui de forma singular (ABRAHÃO e FREITAS, 2009).

Em tempos de constante agrupamento, isto é, compartilhamento de um mesmo espaço comum, o ser humano necessita aprender a conviver com o outro, enfrentando

o desafio de lidar com diferentes formas de pensar e sentir. Quando, a partir disso, há interações afetivas e comunicacionais, esse agrupamento passa a ser chamado de grupo (FERNANDES, 2003). Nesse sentido, Osório (2003) conceitua grupo como sendo um “conjunto de pessoas capazes de se reconhecer em sua singularidade e que estão exercendo uma ação interativa com objetivos compartilhados” (p. 57). Essa diferença entre agrupamento e grupo é exemplificada por Fernandes (2003) quando afirma que pessoas que se encontram em uma fila aguardando ônibus é uma situação que corresponde a agrupamento, porém, se surge um incidente e elas se unem para resolver o problema, isso passa a ser chamado de grupo.

A definição de grupo é algo que vem sendo estruturado por diversos autores, entre eles Kurt Lewin, fundador da dinâmica de grupo e Elton Mayo, que aprofundaram estudos sobre o comportamento dos indivíduos em grupo. (ABRAHÃO e FREITAS, 2009; MELO, MAIA FILHO e CHAVES, 2014). Um conceito de grupo que vem sendo utilizado atualmente na área da saúde, é o de grupo operativo (LUCCHESI et al., 2014; MENEZES E AVELINO, 2016). Este conceito foi elaborado por Pichon-Rivière (2005) que definiu grupo como sendo

... um conjunto restrito de pessoas que, ligadas por constante de tempo, espaço, e que articuladas por sua mútua representação interna, se propõe a realizar de forma explícita e implícita uma tarefa, que constitui sua finalidade, interagindo através de complexos mecanismos de assunção e atribuição de papéis. (p. 172)

Zimmerman e Osório (1997) afirmam que a prática de grupo na área da saúde recebeu seu primeiro registro em uma experiência de 1905, quando, em uma enfermaria de pacientes com tuberculose, um fisiologista chamado J. Pratt começou, de maneira instintiva, a ministrar aulas contendo assuntos sobre a patologia em questão, seguida de explanação de dúvidas. Esse método, denominado por ele de “classes coletivas”, resultou em melhoras na recuperação física desses pacientes.

De modo geral, grupos, nesta área, podem favorecer trocas de experiências, aquisição de conhecimento, autocuidado e melhora da qualidade de vida, além de intensificar o estreitamento de relações entre profissionais, usuários e comunidade (ALMEIDA, MOUTINHO e LEITE, 2014; IMAZU et al., 2015; FERREIRA NETO e KIND, 2010).

A prática de grupo tem sido expandida desde 1960 e, em estudos desenvolvidos no cenário da Atenção Básica, observa-se que ela ocorre principalmente para portadores de doenças crônicas não transmissíveis (MUNARI; LUCCHESI; MEDEIROS, 2009). Este público é decorrente, possivelmente, da representatividade dessas patologias diante do quadro de incidência de doenças e/ou óbitos da população brasileira (ALENCAR, BEZERRA e DANTAS, 2009; DUNCAN et al., 2012; PEREIRA et al., 2009; SILVA et al., 2006; AMARAL, TESSER e MÜLLER, 2013). Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, publicada em 2014, as doenças crônicas não transmissíveis representam mais de 70% das causas de mortes no Brasil. Entre os fatores de risco comportamentais modificáveis que contribuem para o seu desenvolvimento está a alimentação inadequada, associada à hipertensão, excesso de peso, hiperglicemia e/ou hiperlipidemia (WHO, 2017). Nesse sentido, ratifica-se a alta frequência de grupos educativos com doentes crônicos.

Nessa prática em grupo, os profissionais, que abordam o tema da alimentação, fundamentam sua prática com a Educação Alimentar e Nutricional (EAN), essa que tem sido estimulada com abordagens conceituais descritas no Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas. Esse documento foi fruto de um grupo de trabalho composto por instituições⁴, Ministérios⁵ e Conselhos⁶,

⁴ Associação Brasileira de Nutrição e Universidade de Brasília.

⁵ Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

⁶ Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e Conselho Federal de Nutricionistas.

que fez com que se tornasse intersetorial, e ainda contou com a colaboração de toda a população em sua Consulta Pública. Ele foi elaborado sob um contexto em que a EAN era vista como uma importante estratégia para as ações de Segurança Alimentar e Nutricional e de Promoção da Saúde, mas que, devido a dificuldade no desenvolvimento de intervenções pela escassez de referenciais teóricos que embasassem a prática, ainda eram poucas as discussões que abordavam seu campo de ação, sua realização e seus alcances e limites, (BRASIL, 2012d; SANTOS, 2012).

Deste modo, o Marco foi construído, segundo a visão de Cervato-Mancuso, Vincha e Santiago (2016), a partir da intenção “de enfatizar a teoria e de respaldar a prática”. Sendo assim, nele compreendeu-se a EAN como sendo

... um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2012d).

Além dessa afirmação, o Marco também traz que

... a prática da EAN deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais, considerando todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que compõem o comportamento alimentar (BRASIL, 2012d).

Entretanto, estudos apontam que as abordagens norteadoras das práticas educativas ainda estão sendo realizadas com base, principalmente, no modelo biomédico. Esse modelo é caracterizado por ações relacionadas à prevenção e recuperação da saúde (SANTOS, 2012).

Santos (2012) relata, ainda, que o fundamento teórico-metodológico que rege a maioria dessas práticas é o modelo tradicional de educação. De acordo com Freire (1987), que o denomina como educação bancária, esse modelo consiste numa relação verticalizada entre educador e educando, onde o educador é aquele dotado de conhecimentos que deposita seus saberes para o educando e este apenas o

recebe, assumindo, assim, um papel passivo no processo de aprendizagem e, uma vez que não há estímulo para criação, é considerado como um ser ignorante.

Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010) evidenciam que, nesse tipo de abordagem, o principal foco é a intervenção curativista, alicerçada no referencial biologicista, o qual preconiza mudanças de comportamentos e atitudes impostas pelo profissional, no papel de educador, que mostra o que fazer e como fazer para se alcançar comportamentos e atitudes ideais para a melhora e/ou manutenção da saúde. Além disso, Rice e Candeias (1989), alegam que este modelo possui efeito temporário nas mudanças de hábitos, pois os indivíduos alcançam as mudanças devido a estímulos recebidos que, uma vez interrompidos, tendem a não permanecer.

Embora haja essa utilização do modelo tradicional de educação, inserido nas ações educativas na saúde, Souza et al. (2005) relataram que grupos são alternativas que quebram a verticalidade da relação educador-educando, visto que, essa estratégia, é considerada como “facilitadora da expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida que tem algum impacto na saúde”. Entretanto, essa prática não é comumente aplicada naqueles que trazem abordagens sobre alimentação, como visto por exemplo nos estudos realizados por Teixeira et al. (2013), Cunha e Albano (2012) e Gomes et al. (2013) que fizeram uso de palestras/aulas expositivas e materiais informativos focando o aumento de conhecimento sobre práticas alimentares saudáveis e/ou melhoras antropométricas.

De acordo com Dias, Silveira e Witt (2009) grupos são espaços que podem favorecer aprendizados tanto dos profissionais condutores quanto dos participantes, pois se proporciona a valorização dos saberes. Nesse contexto, outros modelos educativos vêm sendo discutidos e pesquisados no campo da alimentação e nutrição.

O modelo dialógico de educação tem como objetivo uma educação problematizadora baseada no diálogo, onde o educando passa a ser visto como um portador de saber, assumindo papel ativo no processo de aprendizagem (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO e LEITE, 2010; FREIRE, 1987). Essa educação, conhecida como libertadora, tem como princípio a superação da contradição educador-educando, enfatizando a horizontalidade dessa relação, sendo ambas as partes investigadoras críticas (FREIRE, 1987). Neste modelo, as mudanças de comportamentos e hábitos, no que diz respeito a promoção da saúde, visam ser duradouras, uma vez que se busca o fortalecimento da autonomia dos indivíduos (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO e LEITE, 2010).

Para Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010) esses dois modelos de educação não são excludentes na prática profissional, sendo necessário averiguar e avaliar o contexto em que se pretende realizar atividades de Educação em Saúde. Enquanto no modelo tradicional o foco é na informação, o modelo dialógico é na construção de conhecimentos. Segundo esses autores, o modelo de educação tradicional proporciona a população aquisição de conteúdo e ampliação de informações, porém, os indivíduos receptores desses conteúdos e informações podem não saber como aplicá-los em sua realidade, uma vez que o profissional não prioriza tal ação. Em relação ao modelo dialógico, os autores alegam que este capacita o sujeito participante da intervenção para a realização de decisões, no entanto, é visto como desafiador para os profissionais, pois requer capacitação dos mesmos.

Ao se estudar produções científicas brasileiras publicadas sobre intervenções nutricionais em um período anterior a criação do Marco de Referência, Cervato-Mancuso, Vincha e Santiago (2016) verificaram que as atividades em grupo se

sobressaem e estão voltadas para a prevenção e tratamento de doenças crônicas, desnutrição e promoção da saúde. Dentre as atividades verificadas por elas, houve menção do uso do modelo de educação incentivado por Freire. No entanto, na maioria das produções, não foi descrito o referencial teórico que rege essas ações.

Na pesquisa de revisão sistemática que analisou diferentes métodos para avaliação de programas e serviços de alimentação e nutrição no Brasil realizada por Gasparini et al. (2017), foi verificado que o uso de abordagens quantitativas e de avaliações fundamentadas na epidemiologia marcaram presença na maioria dos estudos, ao passo que o uso de abordagem qualitativa foi observado apenas em dois, (publicados em 2004 e 2010), e em um deles foi utilizada a avaliação participativa

No que diz respeito à forma de avaliação de ações educativas em alimentação e nutrição, o Relatório de boas práticas de informação, comunicação e educação em alimentação e nutrição de países da América Latina, mostra que, entre programas que trazem informação de avaliação, possuem apenas resultados objetivos referentes ao estado nutricional (como os indicadores bioquímicos, consumo alimentar e conhecimento) não apresentando resultados qualitativos (como atitudes, crenças ou percepções dos indivíduos relacionados a alimentação) (FAO, 2013).

Esse fato também foi observado por Cervato-Mancuso, Vincha e Santiago (2016), nos estudos realizados em serviços de saúde. Essas autoras observaram que mesmo as intervenções possuindo objetivos de aumento da adesão a tratamentos, possibilitando o entendimento de se abranger aspectos comportamentais e cognitivos, foram utilizados dados objetivos (antropométricos e bioquímicos) para a avaliação.

Mesmo após a criação do Marco de Referência, que incentiva os profissionais a utilizarem uma comunicação que transcenda a transmissão de informação, a avaliação objetiva de intervenções é algo comumente encontrado nos estudos com

grupos educativos que possuem alimentação como um de seus assuntos abordados como observado, por exemplo, nos estudos de Gomes et al. (2013), Deus et al. (2015) e Miranda e Silveira (2017).

No estudo de Gomes et al. (2013), eles avaliaram o impacto de um programa de educação nutricional por meio de duas ações: verificação do nível de conhecimento dos participantes através de um questionário de múltipla escolha, aplicado no início e no final de cada encontro da intervenção; e coleta de dados de peso, altura e circunferência da cintura, no início e no final da intervenção, para avaliar mudanças no perfil antropométrico. Deus et al. (2015) avaliaram o impacto de uma intervenção nutricional fazendo uso de indicadores antropométricos (peso, altura, circunferência da cintura e do quadril) e dietéticos (número de refeições, per capita de sal, óleo e açúcar e frequência de consumo de alimentos específicos), coletados com o auxílio de um questionário. Mais recentemente, Miranda e Silveira (2017) avaliaram a adesão dos pacientes a grupos de reeducação alimentar por meio de dados antropométricos (peso, altura) coletados no início e no final da intervenção.

Embora tais estudos tenham alegado resultados positivos de suas intervenções, esses foram somente objetivos. Existem outros estudos que trazem uma prática avaliativa centrada no usuário, na qual se objetiva a integralidade do cuidado considerando a realidade educativa a partir do olhar dos atores implicados na intervenção, estes que são o foco da atenção no sistema de saúde (ALMEIDA, MOUTINHO e LEITE, 2014; PINHEIRO e JÚNIOR, 2009).

Tal fato é demonstrado em estudos como os de Amaral, Tesser e Muller (2013) que, por meio de entrevistas semiestruturadas, investigaram os benefícios de uma intervenção em grupo a partir da ótica dos participantes e profissionais; e de Becchi

et al. (2014) que, também com o uso de entrevistas semiestruturadas, avaliaram o potencial de uma intervenção grupal com portadores de diabetes e seus cuidadores.

Além desses, há o estudo de Almeida, Moutinho e Leite (2014) que analisaram as práticas de educação em saúde de acordo com a visão de participantes de grupos educativos fazendo uso de entrevistas não estruturadas; e de Vasconcelos et al. (2016) que realizaram um grupo com gestantes, partindo da educação problematizadora de Paulo Freire e o avaliaram por meio da interação dialógica do profissional com os participantes.

O uso de diferentes abordagens no processo de avaliação de intervenções é colocado por Gasparini et al. (2017) como relevante para se compreender as perspectivas dos sujeitos. Nesse sentido, essas avaliações por meio de técnicas qualitativas é um modo de conhecer a vivência e representações que os indivíduos possuem de uma determinada experiência de vida, no caso, o estar em um grupo que aborde temas relacionados à saúde, dentre eles, a alimentação (TURATO, 2005).

Entendendo a vivência como

uma atividade de grupo, estruturada de modo análogo ou simbólico a situações cotidianas, que cria oportunidade para desempenhos específicos, permitindo que o facilitador avalie os comportamentos observados e utilize as contingências pertinentes para fortalecer e/ou ampliar o repertório de habilidades sociais dos participantes (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2005, p. 101),

seu conhecimento é de grande relevância para a avaliação de grupos educativos de alimentação e nutrição, visto que proporciona elementos para o aprimoramento das intervenções grupais sobre alimentação.

O conhecimento dessa vivência é possibilitado com o uso da pesquisa qualitativa que, segundo Minayo (2011), esta “busca analisar o papel das representações, das crenças, das emoções e das relações no andamento de um programa, projeto ou

proposta de política pública ou institucional.” Tais papéis foram vistos nos estudos mencionados anteriormente (AMARAL; TESSER; MULLER, 2013; BECCHI et al., 2014; ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014; VASCONCELOS et al., 2016) porém, na área de alimentação e nutrição, poucos são aqueles que buscam compreender a participação dos usuários no serviço de saúde.

Neste contexto, a pesquisa qualitativa pode ajudar para o conhecimento da perspectiva dos participantes, conforme mostra o estudo de Strehlow et al. (2016) que verificaram as percepções de participantes diabéticos e hipertensos de grupos de educação em saúde por meio do uso da técnica de entrevista e da análise de conteúdo temática.

Na área de alimentação e nutrição, poucos são os estudos que buscam a compreensão da participação dos usuários no serviço de saúde. De maneira geral, a pesquisa qualitativa se destaca nessa área para temas como avaliação da comensalidade e mudanças dos comportamentos alimentares (CANESQUI, 2009), como demonstrado em estudos como os de Scagliusi et al. (2016) e Galindo e Portilho (2015).

Neste sentido, levando em consideração seu conceito e utilização nesta área, a pesquisa qualitativa, inserida em estudos que fazem uso de grupos educativos, pode contribuir para a compreensão da vivência dos participantes, implicando no aprimoramento desse tipo de assistência no âmbito da promoção da saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a vivência de participantes submetidos em dois modelos de grupos educativos de alimentação e nutrição realizados no âmbito da Atenção Básica no município de São Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar temáticas emergentes das falas dos participantes da pesquisa referentes à vivência em grupo de alimentação e nutrição;
- Comparar e analisar semelhanças e diferenças encontradas nos dois modelos de grupos educativos.

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa (HARTZ, 1997) com abordagem qualitativa (MINAYO, 2014). Os dados coletados foram obtidos por meio de entrevistas com participantes de grupos educativos de alimentação e nutrição.

Baseada na definição de avaliação, pesquisa avaliativa é considerada como um julgamento *ex post* de uma intervenção elaborada a partir de um procedimento científico (HARTZ, 1997). A avaliação de uma intervenção já concluída, denominada como de impacto ou terminal, possibilita conhecer e compreender os efeitos da ação realizada para possível continuação ou implantação de projetos similares (COHEN e FRANCO, 2000; MINAYO, 2011).

Pesquisas avaliativas com enfoque qualitativo que retratam a perspectiva do participante vem sendo realizadas na área da saúde (RÊGO; NAKATANI; BACHION, 2006; BACKES et al., 2008; SILVA et al., 2015; NOGUEIRA et al., 2016b). Em geral, ela é representada pela perspectiva dos participantes sobre sua experiência em algum serviço com o objetivo de melhorar o atendimento aos usuários. No presente estudo, a perspectiva do participante foi evidenciada pelo relato de sua vivência em um grupo educativo.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido no Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza (CSEGPS), vinculado à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), responsável pela assistência em saúde de mais de 100 mil

pessoas, moradoras na sua área de abrangência, na região Centro Oeste da cidade de São Paulo. O Centro de saúde ainda acolhe docentes, pesquisadores e alunos, contribuindo para a formação de profissionais em diversas áreas.

O atendimento nutricional neste estabelecimento é realizado pelo Centro de Referência para Prevenção e Controle das Doenças Associadas à Nutrição (CRNutri) que tem por objetivo “promover saúde, prevenir agravos e tratar enfermidades de indivíduos e grupos populacionais, atuando em aspectos relacionados à nutrição e à alimentação dos indivíduos” (CRNUTRI, 2017). Sua equipe é formada por nutricionistas, que desempenham e supervisionam todas as atividades do local; estudantes de graduação em Nutrição da FSP/USP em estágio; nutricionistas do Programa de Aprimoramento Profissional de Nutrição em Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, além de estudantes de pós-graduação e docentes da FSP/USP.

A população que busca por esse atendimento, seja por encaminhamento ou demanda espontânea, faz o primeiro contato por meio de triagem nutricional, onde acontece a identificação de características demográficas e socioeconômicas, de situação de saúde dos indivíduos e de suas demandas no que diz respeito à alimentação e posterior avaliação do estado nutricional. Com base nessas informações, faz-se o encaminhamento para o procedimento que melhor se adeque às suas necessidades de saúde.

O encaminhamento para o atendimento em grupo é realizado apenas para indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, portadores ou não de doenças relacionadas à alimentação, com ausência de deficiência auditiva ou visual ou de doença neuro-degenerativa e que, a partir da apresentação e convite do

profissional/estudante, reconheçam o espaço grupal como um meio que propicie melhores subsídios para lidar com suas questões alimentares.

O desenvolvimento de grupos no CRNutri é uma atividade que vem sendo aprimorada desde o início destas atividades no local (2009), principalmente com a colaboração de docentes e discentes da FSP. Por isso, este estudo utilizou-se de dados de indivíduos que participaram de grupos tradicionalmente desenvolvidos no ano de 2015 (Modelo A) e de outros indivíduos presentes em um grupo implantado por meio de pesquisa no local em 2016 (Modelo B).

3.3 APRESENTAÇÃO DOS GRUPOS

3.3.1 Grupos do Modelo A

Os grupos do modelo A tiveram como objetivo incentivar e apoiar as mudanças alimentares em prol da qualidade de vida. Para isso, eles foram estruturados em sete encontros, sendo três semanais e quatro quinzenais com duração de 1:30h. Os encontros semanais foram conduzidos por dois alunos de graduação, supervisionados por nutricionistas, e tinham como intenção abordar teoricamente a alimentação saudável. Já os encontros quinzenais foram conduzidos por nutricionistas e houve direcionamento às questões práticas de mudança na alimentação e atividade física. A abordagem da alimentação teve como base a primeira edição do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006)

No quadro 1 é apresentado os temas, objetivos e descrição de cada encontro (Anexo 1).

Para conduzir os encontros semanais os estudantes de graduação passaram por um treinamento no local, durante uma semana. Esse treinamento era composto pelas seguintes etapas:

- I. integração com a equipe;
- II. apresentação das atividades do Centro de Saúde e do serviço de nutrição;
- III. aproximação com documentos, registros e materiais referentes aos atendimentos desenvolvidos no serviço de nutrição;
- IV. apresentação dos atendimentos em grupo contemplando a sua importância, características dos participantes, estrutura, roteiro dos encontros e materiais utilizados;
- V. simulação do primeiro dia do grupo.

Além disso, eram realizadas reuniões entre os condutores e supervisores após o término de cada encontro do grupo, a fim de discutir o ocorrido e verificar necessidades de adequações para as atividades posteriores, mediante o planejado no roteiro.

Quanto aos locais para o desenvolvimento dos grupos, eles ocorreram em salas de aula da Faculdade de Saúde Pública, com exceção de encontros que aconteceram no jardim. Contudo, em todos os encontros buscou-se organizar a disposição dos assentos em círculo.

Anterior ao início das atividades dos grupos, os condutores realizaram contato telefônico com os participantes, para confirmação da presença e recordação de datas e horários dessas atividades.

Nos dois primeiros encontros, após trabalhados os temas planejados, foram apresentadas metas baseadas nos dez passos para uma alimentação saudável (Anexo 2). Cada participante escolheu duas dentre as disponíveis (por exemplo: faça

de cinco a seis refeições e modere nos açúcares e doces), trabalharam nelas durante as semanas que intercalaram os encontros e compartilharam seus resultados com o grupo. Ao final de cada encontro foram distribuídos folhetos sobre os conteúdos abordados (Anexo 3) e, com exceção do terceiro, quando foram distribuídas as metas escolhidas por cada um, em forma de lembrete.

A avaliação do período semanal consistiu na verificação da compreensão dos participantes diante dos conteúdos abordados, por solicitação de registro, em desenho, de uma refeição do almoço ou jantar considerada saudável e breve exposição dessas produções. Além disso, houve retomada das expectativas e discussão referente ao alcance das mesmas.

Nos encontros quinzenais, foram incluídos indivíduos que na triagem não foram encaminhados para o grupo, devido a algum motivo específico como indisponibilidade de horário ou grandes alterações nos valores dos exames laboratoriais. No entanto, após acompanhamento individual, eles ainda necessitavam de apoio para a realização e/ou manutenção das mudanças conquistadas.

A avaliação de todo o acompanhamento consistiu na participação do indivíduo no grupo, assim como na tentativa de melhorias em seus hábitos alimentares, através de relatos durante os encontros e avaliação clínica, conforme registros no prontuário.

Tanto no final do período semanal quanto no quinzenal, foram realizados atendimentos individuais para avaliação do acompanhamento nutricional. Essa avaliação incluía análise do consumo alimentar, com a utilização do recordatório de 24 horas e reavaliação do estado nutricional com o intuito de estabelecerem prosseguimento ou seleção de outro tipo de atendimento que mais satisfatoriamente acolhesse a necessidade apresentada no momento.

3.3.2 Grupo do Modelo B

O modelo B teve como objetivo proporcionar aos participantes o fortalecimento da autonomia nas escolhas alimentares. Para isso, foi elaborado a partir da educação problematizadora (FREIRE, 1987) e baseado no referencial teórico do grupo operativo de Enrique Pichon-Rivière (PICHON-RIVIÈRE, 2005), que se fundamenta em dois elementos: a tarefa, que são conjuntos de ações voltadas a objetivos comuns e o vínculo estabelecido a partir da relação interpessoal que ocorre por meio dos papéis sociais (CUNHA e LEMOS, 2011).

Este modelo foi realizado com a participação de indivíduos selecionados por meio de triagem em grupo pela equipe do CRNutri. A triagem teve como objetivo potencializar o cuidado nutricional ao promover a identificação de necessidades semelhantes e incentivo à construção da rede de apoio.

A equipe de coordenação foi composta por uma nutricionista e uma aluna da graduação do curso de Nutrição que desempenharam a função de facilitadora e observadora, respectivamente.

Quanto a estrutura, os encontros foram realizados no mesmo local que os grupos do Modelo A e também possuiu a disposição das cadeiras em círculo. No que diz respeito a quantidade e frequência dos encontros, eles foram organizados em três semanais e três quinzenais, com o mesmo tempo de duração do modelo A (1h30min). Cada encontro foi dividido em três momentos: acolhimento, para compartilhamento das vivências dos participantes durante o período entre encontros e/ou retomada das discussões; integração/reflexão, para o desenvolvimento da tarefa; e fechamento, composto por apresentação de síntese do conhecimento produzido. No quadro 2 são apresentadas as tarefas e a descrição de cada encontro (Anexo 4).

Os encontros foram idealizados de modo a proporcionar o desenvolvimento e estabelecimento do vínculo grupal, especialmente nos encontros semanais, e de abordar os assuntos da alimentação saudável com base na segunda edição do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014).

A avaliação do grupo foi realizada durante todos os encontros, por meio da utilização de indicadores de avaliação do processo grupal, proposto por Pichon-Rivière (2005), que são: pertença, cooperação, pertinência, comunicação e tele. Além disso, no último encontro, os participantes avaliaram o atendimento com base em perguntas direcionadoras sobre a estrutura e proposta do grupo.

Após o término do grupo, todos foram atendidos individualmente para reavaliação do estado nutricional e avaliação do acompanhamento.

3.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo foi composto por usuários do CSEGPS que receberam acompanhamento nutricional em grupo pelo CRNutri no período de abril a setembro de 2015 e de março a abril de 2016 no qual ocorreram, respectivamente, o modelo de grupo tradicionalmente realizados pelo local (Modelo A) e o modelo com base em pesquisa local (Modelo B).

Para a seleção dos participantes do Modelo A, foram acompanhados quatro grupos de hábitos saudáveis e dois grupos de continuidade com quantidade estimada de sete a dez pessoas em cada. No que diz respeito a seleção dos participantes do Modelo B, foi acompanhado apenas um grupo com 12 pessoas.

Como critério de inclusão, foram convidados a participarem desta pesquisa todos os participantes que estiveram presentes em, no mínimo, metade do número total de encontros, resultando em sete indivíduos do Modelo A e oito do Modelo B.

3.5 PRODUÇÃO DE DADOS

Os dados foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas na íntegra. As entrevistas semiestruturadas são aquelas que possibilitam comparar pessoas ou grupos de pessoas por meio de informações similares obtidas pelo uso de um roteiro contendo uma lista de questões e/ou tópicos sobre o assunto a ser investigado (BERNARD; RYAN, 2010; MINAYO, 2014). O pesquisador, ao utilizar essa técnica, pode planejar a coleta das informações com a elaboração do roteiro de acordo com os objetivos pretendidos e, durante a entrevista, modificar a ordem e os detalhes de cada questão/tópico conforme as falas do entrevistado (MANZINI, 2004; BERNARD e RYAN, 2010).

O roteiro utilizado para esse estudo foi composto por cinco questões que auxiliaram o relato da vivência dos participantes nos grupos educativos, diante do modelo educativo submetido (Apêndice 1).

As entrevistas foram conduzidas por nutricionistas, incluindo a presente pesquisadora, que acompanharam os grupos realizadas no mês de fevereiro de 2016, com duração de 9 a 29 minutos (mediana 15 minutos), para o modelo A, e nos meses de maio e junho de 2016 com duração de 27 a 47 minutos (mediana 37 minutos), para o modelo B.

Para preservar a identidade dos participantes, todos receberam nomes fictícios que foram dados no momento da transcrição das entrevistas.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados realizada pela pesquisadora seguiu os passos da análise de conteúdo temática, entendendo-a como uma técnica que auxilia na qualificação da vivência do sujeito em uma determinada experiência (BARDIN, 1977). Para isso, a pesquisadora contou com o apoio de uma aluna da pós-graduação durante todo o momento da análise, essa que foi estruturada em três fases de acordo com o proposto por Bardin (1977), sendo elas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

Na pré-análise houve seleção dos documentos para a constituição do *corpus* do estudo de acordo com as principais regras (BARDIN, 1977) que são: regra da exaustividade, levou-se em conta todos os elementos do *corpus*; regra da representatividade, amostra como uma parte representativa do universo inicial; regra da homogeneidade, *corpus* selecionado por critérios de escolha de tema, obtido por técnicas idênticas e indivíduos semelhantes, e regra de pertinência, documentos selecionados adequados quanto ao objetivo da análise. A execução desta etapa resultou na inclusão de todos os documentos, pois levou-se em consideração que eles representavam o universo da pesquisa (grupos educativos realizados no período do estudo), se referiram ao mesmo tema de estudo (modelos de grupos educativos) e foram condizentes ao objetivo da pesquisa (análise de dois modelos de grupos educativos).

Após a seleção dos documentos, foi realizada a leitura flutuante (frequente e constante) de cada um deles com o auxílio do Microsoft Word, que possibilitou as primeiras impressões sobre os materiais. Para a codificação dos dados, foi estabelecido que o índice seria a criação de temas *a posteriori*. As entrevistas foram

formatadas para serem exportadas para o Software NVivo 11 com o propósito deste auxiliar na análise dos dados devido sua possibilidade de gerenciamento dos mesmos (QSR, 2017).

No software supracitado, realizou-se a etapa de exploração do material com o uso da técnica de *cutting and sorting* proposto por Bernard e Ryan (2010). Essa, longa e exaustiva, conforme alertado pela literatura, objetivou a codificação do material. Para isso, foram selecionados trechos considerados importantes e organizados de acordo com suas similaridades.

Ao serem identificadas unidades de sentidos, isto é, palavras ou frases que evidenciam aspectos referentes à vivência no grupo educativo, foram estabelecidas as unidades de contexto que caracterizaram as unidades temáticas. Conforme as unidades temáticas foram emergindo, elaborou-se uma tabela de códigos (Apêndice 2) contendo o significado e descrição das mesmas, ato que facilitou a identificação de trechos dotados de sentidos semelhantes e da ordenação das unidades temáticas em categorias.

Após o estabelecimento das categorias, foi realizada a análise hierárquica de similaridade de palavras com o auxílio do software NVivo 11 a partir do índice de coeficiente de correlação de Pearson. Essa análise favoreceu a verificação de semelhanças e diferenças entre os grupos do modelo A e B por meio da aferição das quinze palavras mais frequentes nas categorias com extensão de cinco ou mais letras bem como a proximidade entre elas.

Por fim, na fase de tratamento dos resultados (inferência e interpretação), as informações obtidas na análise foram condensadas e enfatizadas e, logo em seguida, descritas e discutidas com a literatura.

Destaca-se aqui que durante todo o momento de análise dos dados, a pesquisadora contou com a colaboração de membros do grupo de pesquisa da qual faz parte composto por cinco nutricionistas e uma pedagoga que se reuniam mensalmente. Nessas reuniões, um dos assuntos tratados era o presente estudo, fato este que contribuiu para o seu rigor metodológico, visto que periodicamente as unidades temáticas e categorias identificadas foram questionadas ou validadas pela equipe. Além disso, a pesquisadora também teve o auxílio de um aluno da pós-graduação, com experiência em pesquisa qualitativa, que colaborou na etapa de análise de dados tanto na formulação das unidades temáticas e categorias quanto na utilização do software NVivo 11.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisadora foi integrante do grupo de pesquisa do projeto no qual este estudo está inserido intitulado “Comparação de modelos de Educação Alimentar e Nutricional em grupo na Atenção Básica na perspectiva da autonomia em saúde” com o objetivo de analisar comparativamente modelos educativos para a prática de EAN em grupo, no contexto de São Paulo, na perspectiva da autonomia em saúde. Tal projeto foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP (processo de número 2015/13716-0) aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP de acordo com o Of. COEP/168/11 (Anexo 5) e com o parecer 1.035.608 (Anexo 6).

Os participantes autorizaram o uso de seus dados mediante concordância com os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 7 e 8), em que foram informados sobre o objetivo da pesquisa, o uso do depoimento, garantindo o

anonimato e a confidencialidade dos dados, e os possíveis riscos conforme recomenda a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

Dos entrevistados deste estudo foi possível verificar dados pertinentes às suas características, sendo elas: idade, escolaridade, ocupação e doença (Quadro 3).

Quadro 1 - Informações quanto à doença, idade, escolaridade e ocupação dos participantes entrevistados de grupos educativos de alimentação e nutrição do Modelo A (desenvolvidos tradicionalmente pelo local) e do Modelo B (desenvolvido a partir de pesquisa no local).

	Nome fictício	Idade	Escolaridade	Ocupação	Doença
Modelo A	Ana Paula	31	Ensino Superior completo	Do lar	Obesidade
	Eliana	72	Ensino Médio completo	Aposentada	Diabetes e hipertensão
	Humberto	43	Ensino Superior completo	Administrador de empresas	Hipertensão
	Luciana	48	Ensino Médio completo	Doméstica	Hipertensão e dislipidemia
	Roberta	52	Ensino Fundamental completo	Recepcionista	Diabetes e hipertensão
	Ticiane	36	Ensino Superior completo	Professora e garçonne	Depressão
	Úrsula	42	Ensino Fundamental incompleto	Doméstica	Alteração na glicemia e obesidade
Modelo B	Carmen	56	Ensino Fundamental completo	Cuidadora de idosos	Hipertensão e dislipidemia
	Elizabete	64	Ensino Superior completo	Aposentada	Diabetes e dislipidemia
	Lívia	54	Ensino Médio completo	Do lar	Gastrite
	Lúcio	78	Ensino Superior completo	Aposentado	Hipertensão
	Madalena	69	Ensino Superior completo	Aposentada	Diabetes e hipertensão
	Miriam	67	Ensino Superior completo	Aposentada	Hipertensão
	Renata	53	Ensino Superior completo	Coordenadora de creche	Obesidade
	Valquíria	47	Ensino Fundamental completo	Cuidadora de idoso	Intolerância à glicose e obesidade

Em ambos os Modelos houve o predomínio do sexo feminino e as demandas por tratamento se assemelham por terem apresentado doenças associadas a alimentação. Além disso, os dois Modelos apresentaram heterogenia quanto aos níveis de escolaridade, entretanto, no B houve maior presença de participantes com nível de escolaridade superior. O Modelo A apresentou maior heterogenia quanto a ocupação, enquanto que o Modelo B, devido a maior presença de participantes com maior faixa etária, apresentou maior presença de aposentados.

4.2 CATEGORIAS E UNIDADES TEMÁTICAS

A análise de conteúdo temática dos documentos possibilitou identificar quatro categorias e 12 unidades temáticas. Todas as categorias estiveram presentes tanto no Modelo A quanto no Modelo B, pois, no contexto geral, os temas foram similares entre eles. As unidades temáticas emergidas nas entrevistas do Modelo A também emergiram em B, no entanto, quatro delas foram identificadas somente no Modelo B (Figura 1).

Figura 1 - Categorias e unidades temáticas emergidas na análise de conteúdo temática das entrevistas dos participantes dos grupos do Modelo A (desenvolvidos tradicionalmente pelo local) e do grupo do Modelo B (desenvolvido a partir de pesquisa no local).

4.2.1 Modelo educativo

Na análise das entrevistas emergiram temas referentes ao reconhecimento do modelo educativo, constituindo, desta forma, a presente categoria formada por três unidades temáticas: **‘estratégias utilizadas’**, **‘competência do profissional’** e **‘reconhecimento da proposta’**.

A unidade temática **‘estratégias utilizadas’** compreende o apontamento de métodos empregados pelo profissional para se alcançar os objetivos do grupo. Os entrevistados do Modelo A relataram a presença de materiais informativos entregues durante os encontros, destacando sua importância para a recordação dos assuntos abordados após o término do grupo.

*“Sempre tinha ((no grupo)) um papel para levar os principais pontos do dia.”
(Ana Paula, Modelo A)*

“Eu acho que essas instruções, por exemplo, são resumos importantes para você dar uma lembrada, eu deixo na pasta, de vez em quando dou uma olhada. Então tudo isso é importante, até porque tenho não só esse ((folheto)) mas tenho aquele dos grupos de alimentos, você bate o olho assim e não precisa ficar lendo, lendo.” (Eliana, Modelo A)

Outra estratégia mencionada foi a aferição de dados antropométricos em momentos reservados apenas entre o profissional e o participante.

“ (...) se bem que aqui ((no grupo)) vocês sempre pesaram e mediram todo o mundo, mesmo sendo atendimento em grupo pesava cada um, registrava, então teve esse atendimento individual.” (Ticiane, Modelo A)

Assim como em A, os entrevistados do Modelo B também trouxeram em suas falas os materiais entregues. Ademais, apontaram outros materiais utilizados nos encontros que proporcionaram discussões, reflexões e inclusão de uma nova prática alimentar, como no caso da planta e sua relação com o autocuidado.

“Levar aquela plantinha, cuidar, estragar, eu coloquei adubo demais e ela ficou meio e eu "opa, como é que eu vou levar isso de volta", foi muito legal, "opa, eu não vou deixar morrer, eu ganhei de presente e não posso deixar, tem que sobreviver". Aí quando as meninas falaram que a plantinha, as meninas, as senhoras, que as plantinhas representavam que elas se cuidavam, é, eu

precisava mostrar para vocês que eu estava atenta a planta, aqui eu estava atenta era comigo, mas elas que falaram, eu não sei quem falou isso, foi muito gostoso levar, trazer de volta, deixar aqui de jeito nenhum, levei comigo e fui embora, andei com as duas plantinhas ((risos)). E a outra deu para recuperar que era um manjerição.” (Elizabete, Modelo B)

“Meu alecrim está muito bonito que eu plantei, você lembra que era para eu trocar o meu com a Elizabete e eu não troquei? Então levei meu alecrim, ele está bonito e de vez em quando eu tiro umas folhinhas dele e joga lá ((na água))), gostei desse negócio da água que eu não conhecia.” (Carmen, Modelo B)

Outra estratégia que despertou o interesse por realizações e adaptações de receitas do dia a dia, foi a degustação de preparações e bebidas saudáveis e a apresentação de imagens de exemplos de pratos para almoço e jantar.

“Eu quero começar a preparar alimentos que não vão açúcar, que nem aquele bolo que vocês me deram, deram para a gente, já está na minha cozinha, essa aí é uma receita que vai ficar. Então eu quero aprender a fazer outras coisas, quero até tentar ver se eu consigo fazer em vez de aveia por farinha integral, não sei se vai dar certo, não sei, vou testar.” (Lívia, Modelo B)

“(…) adorei o suco, nossa aquela mistura que vocês fizeram de manjerição com limão” (Elizabete, Modelo B)

“Gostei muito mesmo, que era uma coisa que a gente tinha que ter em casa, dos catálogos que vocês ((nutricionistas)) deram de arroz e feijão, das fotos dos pratos, então a gente podia ter até aquilo na cozinha. A proporção das misturas, das comidas, não misturar macarrão com abóbora, sei lá, ter umas referências assim de carboidrato ou alguma coisa, achei interessante aquilo. O visual ajuda muito, aquilo seria interessante a gente ter mesmo na cozinha, pregar, estampar em azulejo, é interessante isso, é uma ideia.” (Elizabete, Modelo B)

Os entrevistados reconheceram ainda o comprometimento e dedicação do profissional ao selecionarem as atividades propostas.

“Achei interessante as dinâmicas que vocês fizeram, de trazer coisas para gente olhar, discutir, analisar em cima, pensar, então achei bem bacana.” (Renata, Modelo B)

“Eu acho que organização que vocês ((nutricionistas)) organizaram muito bem o trabalho, teve todo aquele cuidado de ligar para a gente, de combinar, de comprometimento.” (Lívia, Modelo B)

Outras ações do profissional foram reconhecidas pelos entrevistados emergindo, desta maneira, em ambos os Modelos, a unidade temática ‘a

competência do profissional'. Nela houveram menções de presença ou ausência de ações dos condutores relacionadas às suas habilidades, atitudes ou conhecimentos.

Para os entrevistados do Modelo A, o ser didático nas explicações e o ser atencioso com as dúvidas foram ações notadas para com o profissional.

“As meninas ((nutricionistas)) foram bem didáticas em tudo o que elas explicaram para gente, sempre tinha ((no grupo)) um papel para levar os principais pontos do dia, sempre foram muito atenciosas com qualquer dúvida.”
(Ana Paula, Modelo A)

Nas entrevistas do Modelo B, evidenciou-se o profissional ora como aquele dotado de paciência e educação para ouvir os participantes e retomar a discussão quando esta era desviada, ora como aquele que não interrompia tais desvios, impossibilitando o aproveitamento e o avanço das discussões.

“Não sei se eu teria a paciência que você teve, a educação que você teve, porque às vezes você queria explicar uma coisa sobre alimentação e as pessoas fugiam, partiam para outro assunto. Lembra do senhor que queria contar história da aviação não sei o que, a outra era aquela do cabelo chanel que começava a dizer das coisas da natureza, que ela gosta que ela faz tudo com muita calma, e você ((nutricionista)) tinha a paciência de deixar eles concluírem o que eles estavam falando, sem interromper. Então isso me marcou muito, talvez eu no seu lugar eu ia falar: oh grupo vocês me desculpem, mas não é nada disso que a gente/ nosso objetivo é alimentação, a gente quer falar disso. E você, com a sua educação, você conduziu muito bem, isso me marcou bastante.” (Carmen, Modelo B)

Além disso, observaram também que esse profissional procurava explicar eventuais dúvidas e promovia no grupo um espaço de fala.

“ (...) vocês ((nutricionistas)), no grupo, quem estava dirigindo, vocês vão puxando da gente e assim vocês conversaram provavelmente com cada uma e depois colocaram a gente lá e deram oportunidade para todo mundo falar e cada um falou de sentimentos, de como é a vida e vocês ouviam a gente e iam introduzindo coisas novas, então eu percebi lá também que às vezes alguém falava e vocês pegavam o gancho e traziam mais coisas para a gente.” (Lívia, Modelo B)

Ainda nesta categoria, os entrevistados do Modelo B identificaram elementos característicos do modelo do grupo educativo, constituindo assim a unidade temática **‘reconhecimento da proposta**'. Sobre ela, os participantes destacaram a não imposição do profissional de restrição na alimentação, a busca pela própria

descoberta, a construção coletiva do conhecimento, os espaços de discussão e a associação da teoria com a prática como sendo benefícios recebidos pelo convívio no grupo, mas, principalmente, pelo método de ensino adotado pelo profissional.

“ (...) esse método que vocês ((nutricionistas)) estão usando no grupo é ótimo, ouvir as pessoas, falar com as pessoas para que as pessoas nos ouçam e ir descobrindo junto com as pessoas, fazer com que as pessoas falem, ajuda a gente a se descobrir e (...) essas descobertas quando elas acontecem elas são tão verdadeiras e são tão legítimas que não tem como interrompê-las mais” (Miriam, Modelo B)

4.2.2 Comparecimento

O **‘comparecimento’** foi a categoria que compreendeu as falas que se referiram à presença e frequência dos participantes no grupo incluindo as motivações que levaram os entrevistados a participarem dos encontros. Em ambos os modelos ela foi constituída de uma única unidade temática: **‘presença e frequência nos encontros’**

No modelo A, os entrevistados relataram uma atenção quanto aos outros, evidenciando a quantidade de pessoas presentes e suas frequências nos encontros. Todavia, essa questão da frequência foi observada de maneira dicotômica, pois houveram falas demonstrando uma presença regular da maioria enquanto em outras uma oscilação.

“Tinha bastante gente ((no grupo)).” (Ana Paula, Modelo A)

“Acho que o pessoal participou em todas as sessões, digamos assim, a maioria veio.” (Ana Paula, Modelo A)

“Pelo pouco convívio que eu tive com eles ((participantes do grupo)), nem todos vinham em todos os encontros.” (Roberta, Modelo A)

Além desse ponto levantado, também foi mencionada uma ação do profissional de incentivo para o comparecimento realizada em um momento anterior a cada encontro do grupo.

“A nutricionista me motiva por estar sempre me incentivando fazer isso porque quando eu me perco nos grupos vocês sempre me ligam e estão ali. Isso é importante demais para gente, vocês não esquecem de nós, estão sempre ligando e dizendo: oh, pode vir tal dia.” (Roberta, Modelo A)

Para os entrevistados do modelo B, esse olhar quanto à presença se voltou tanto para com os outros, ressaltando a permanência deles durante todo o período do grupo, quanto para si próprio, evidenciando a sua participação nos encontros e sua justificção de comparecimento ou ausência.

“Esse foi melhor porque houve uma sequência, houve um grupo mesmo, as pessoas permaneceram, nós fomos motivadas a vir. Até o dia em que eu não vim, então eu justifiquei, não foi uma desculpa, é verdade, eu mostrei para as meninas aqui, eu avisei que fui fazer mamografia.” (Elizabete, Modelo B)

“Olha eu vou falar francamente para você: eu adorei o grupo tanto que eu não faltei em nenhum encontro.” (Carmen, Modelo B)

Eles também enfatizaram o encontro com as pessoas e o reconhecimento do grupo como um espaço que proporcionou a fala e a escuta os motivaram a comparecerem e participarem dos encontros.

“Enfim, eu me senti muito bem com o grupo, me senti bem, eu vinha feliz para encontrar com as pessoas, era bacana de eu vir, não era uma coisa “ai eu tenho um encontro para ir”, então eu vinha feliz, achava gostoso participar. As pessoas também abertas, dispostas a conversar, ouvir as pessoas, eu achei que para mim foi muito interessante.” (Renata, Modelo B)

“Eu acho que o trabalho de vocês foi amplo porque a agente pode ter tempo, nós tivemos bastante tempo para falar, eu pelo menos vim em todos os encontros.” (Lívia, Modelo B)

O fato dos entrevistados permanecerem em um grupo no qual os participantes tinham uma frequência assídua, fez com que o não seguimento do grupo por algumas pessoas também fosse notado.

“Então o comprometimento, que foi uma coisa séria, eu achei sério porque sei lá podia ser uma coisa “ah vamos fazer, mas aí hoje não pode, hoje não dá” e funcionou, eu entendi que funcionou e eu achei formidável isso porque vocês se comprometeram e estavam lá e as pessoas que foram também, houve uma troca no sentido de comprometimento, vocês se propuseram a estarem ali a ajudar a gente e a gente ia. Claro, teve gente que desistiu no meio do caminho, não sei se foram em outro horário, mas elas também se esforçaram para estar e isso para mim é uma mensagem boa.” (Lívia, Modelo B)

“Vi a pessoa que desistiu, quer dizer, aquela que quer, mas não quer se esforçar.” (Renata, Modelo B)

4.2.3 Potencialidades do grupo educativo de alimentação e nutrição

Na unidade temática intitulada ‘**socialização**’, referenciando-se a interação dos indivíduos no grupo, tanto para os entrevistados do Modelo A quanto para os do Modelo B, foram contemplados relatos que consideraram a vivência no grupo como a oportunidade que favoreceu o conhecer pessoas e conversar com elas e até mesmo a construção de amizades.

A socialização para os entrevistados do Modelo A foi elucidada pelo conhecer os demais membros do grupo, incluindo o profissional, e destacando a escuta dos problemas de saúde dos outros.

“É foi bom porque conheci pessoas, conheci vocês, conheci pessoas que eu falo os colegas.” (Eliana, Modelo A)

“Então, foi muito legal conversar e saber um pouquinho de todo mundo também, do problema ((de saúde)) que cada um tem.” (Ana Paula, Modelo A)

Além disso, a presença de outras pessoas e o conversar com elas resultou em construção de amizades não apenas com os participantes, mas também com o profissional.

“(...) a gente ali no grupo tem outras pessoas e a gente conversa e tudo. (...) E saber que a gente faz novas amizades, o grupo que nem a gente ((entrevistado e entrevistador)) praticamente se tornou amigas e fizemos novas amizades, tudo isso eu gostei.” (Úrsula, Modelo A)

Para os entrevistados do Modelo B, a socialização ocorreu pelo o conviver e pelo o interagir com pessoas consideradas com estilos de vida diferente, mas que possuíam preocupações em comum.

“Aprendi muita coisa, aprendi até a convivência com mais gente, com pessoas diferentes que tem um estilo de vida diferente do meu, aprendi também.” (Carmen, Modelo B)

“Eu acho que uma das coisas ((mais marcante)) foi a própria interação, eu achei muito prazeroso, muito gostoso conversar com pessoas que você nunca viu na vida e se preocupar com a mesma coisa.” (Renata, Modelo B)

“Eu achei bom porque você conhece pessoas diferentes, você vê os problemas das outras pessoas e você compara com os seus.” (Madalena, Modelo B)

A convivência com o outro possibilitou que, nos relatos dos entrevistados do Modelo B, fossem encontradas menções de exemplos de acontecimentos envolvendo determinados participantes durante o grupo e após seu término, como a construção de amizades.

“Sai com uma amizade porque a Elizabete ((participante do grupo)) hoje a gente está até no zap junto, nossa, outro dia ela me encontrou, mas ela ficou tão feliz e meu deu aquele abraço. Na saída ((do grupo)) a gente trocou o telefone, hoje a gente até se fala no zap. Quer dizer eu ganhei uma amiga.” (Carmen, Modelo B)

Mesmo salientado a presença de diferença de gênero, essa não foi empecilho para que ocorresse a vivência do social, visto que este foi considerado como sendo momento de alegria e de diversão.

“Em primeiro lugar achei até muito divertido, é, talvez tivesse até um pouco constrangido porque eu era o único homem, mas era uma turma legal para burro. Eu gostei de todos, muitos trabalham, dão duro, enfim, havia uma certa diversidade ali de profissão, mas eu era o único homem então não sei se eu me senti exatamente a vontade, mas foi uma turma legal, gostei muito deles.” (Lúcio, Modelo B)

Além do mais, diante do estar em um ambiente compartilhado com outras pessoas, o desenvolvimento de habilidade social foi mencionado por uma participante do modelo B. Devido a sua dificuldade em ouvir, nesse espaço tanto de fala quanto escuta, ela se atentou mais aos relatos dos demais participantes e reconheceu se beneficiar com isso.

“E outra coisa que eu aprendi também no grupo foi: eu sou muito agitada, deu para perceber, eu aprendi a ouvir, eu ouvia a história de cada um que contava e isso foi muito bom para mim, porque normalmente eu não tenho paciência para ficar ouvindo e eu consegui a partir do segundo encontro porque o primeiro já não deu muito certo, mas depois eu vi que eu tinha que ouvir, aprendi a ouvir e gostei.” (Carmen, Modelo B)

Em relação ao **‘incentivo para o cuidado’**, essa foi uma unidade temática que propiciou a compreensão da percepção dos participantes no que diz respeito ao incentivo que recebiam para o cuidado em saúde. Em ambos os modelos foi observado a presença do apoio mútuo como um instrumento desse incentivo.

No modelo A, verificou-se que o ambiente compartilhado com outras pessoas levou os participantes a pensarem sobre sua alimentação e, juntos, encontrarem ações consideradas adequadas para alcançar benefícios à saúde. Esse pensar juntos também possibilitou que, ao exporem dificuldades ou não atingimento de um objetivo, palavras de encorajamento fossem expressadas.

“Aquela união, de trabalhar sempre unidos e ver o que está errado, ver o que está certo, é, tira tal coisa, coloca tal coisa, isso é muito importante, trabalhar unidos. É uns trazendo incentivos para outros, diziam assim: “eu não consegui emagrecer”, “é só ter um pouquinho de calma que você vai conseguir”. E quando chegou no final nós vimos isso, realmente é para ter calma mesmo, fazer tudo direitinho, sem exageros, que dá tudo certo.” (Roberta, Modelo A)

Para os entrevistados do modelo B, a troca de experiências com outras pessoas foi vista como uma proporcionadora de reflexões. O fato de ser escutado e questionado pelo outro despertou o pensar sobre si, problematizando sua realidade.

“Eu prefiro o grupo mesmo, eu acho que o grupo trouxe mais motivação porque é desafio você estar dentro de um grupo, de estar com outras pessoas porque você absorve as experiências também e quando elas prestam atenção em uma experiência tua também é interessante porque aí uma perguntinha que façam sobre a tua experiência você consegue “poxa, eu não estou fazendo isso direito, preciso de melhorar” sempre há um alerta.” (Elizabete, Modelo B)

Sobre o **‘reconhecimento do benefício provocado no outro’** embora tenha sido uma unidade temática emergida a partir da fala de um dos participante em ambos os modelos, observou-se que houve diferença quanto a percepção do benefício na saúde notado no outro: no Modelo A ele foi por intermédio de relato do outro participante, este que, ao ter melhoras em relação a sua saúde, comunicou-as aos demais; no Modelo B, este ocorreu a partir do acompanhamento do outro no grupo,

comparando as conquistas relatadas com as próprias necessidades de saúde, principalmente no que diz respeito à mudança na alimentação.

“(...) eu creio que eles ((participantes do grupo)) também ficaram bem felizes porque eu só ouvia falar: “ah, emagreci; ah, eu estou legal; está melhor minha pressão; está melhor minha diabetes.” (Roberta, Modelo A)

“(...) um exemplo, a Valquíria ela falava que ela comia rabada, feijoada, coisa que eu não faço. E depois ela falou assim que verdura ela não comia e depois ela passou a comer. Água ela não tomava também, era igual eu, passou a tomar água. Ela estava mudando totalmente a alimentação dela e eu achei isso muito interessante.” (Carmen, Modelo B)

A unidade temática **‘ganho de repertório a partir da partilha entre grupo’** foi uma das mais repercutidas, sendo compreendida como um ganho provindo de um aprendizado com o outro participante.

No modelo A, os entrevistados alegaram que se apropriaram de dúvidas e conhecimentos compartilhados no grupo, esses advindos de experiências e de orientações dadas diante de um problema exposto.

“(...) quando é em grupo a dúvida é de todo mundo. (...) porque às vezes por uma coisa que você não acha que tem, a pessoa pergunta e você “poxa, eu não tinha pensado nisso.” (Ana Paula, Modelo A)

“No grupo você vê outros problemas que as outras pessoas têm, outros enfoques até. Foi bom, porque tem casos que você nem imagina e aquilo acaba te ajudando também. É às vezes a gente não pensa certos problemas e lá você ouvindo outros problemas e as orientações dadas você aproveita também.” (Eliana, Modelo A)

O estar em um espaço em que se tenham pessoas com necessidades diferentes foi visto, em um primeiro momento, como uma inquietação. No entanto, o interagir com essas pessoas, isto é, o falar com e para elas e o escutar e ser escutado possibilitou aprendizados tanto de informação de alimentação quanto de comportamento alimentar.

“Então, foi a minha primeira experiência de participar de um grupo. A primeira sensação quando eu entrei me deu um pouco de surpresa, porque o perfil das pessoas era muito diferente do meu, as pessoas até olhavam para mim, “por que uma pessoa magra está aqui?”. Porque a preocupação das pessoas é com a obesidade e conhecer um pouco a realidade das pessoas, as dificuldades, isso para mim foi bom. Dividir as minhas experiências, ouvir um pouco as

histórias de cada um, o que cada um está tentando fazer para melhorar e o que eu também pude colaborar.” (Humberto, Modelo A)

“((no grupo)) a gente aprende com as outras pessoas também, a gente ouve o que elas têm a falar. Então elas dão dicas e a gente também, eu aprendi bastante coisas com elas.” (Luciana, Modelo A)

“Eu aprendi bastante coisa, de como montar um prato saudável, o que é recomendável, o que é não recomendável, de industrializado, de ler rótulos, é saber exatamente o que está comendo, o que está comprando, mesmo as trocas, as experiências dos outros integrantes do grupo.” (Ticiane, Modelo A)

Partilhar no grupo foi considerado como uma oportunidade para enxergar o outro e suas necessidades, possibilitando ajuda-lo, mas também permitir ser ajudado, mostrando que o olhar externo do outro sobre si pode auxiliar na autopercepção.

“Em grupo te dá uma dimensão maior e diferente, de enxergar o outro, de ver uma outra dimensão da nutrição. Compartilhar as dificuldades isso ajuda a gente a conseguir a manter as nossas metas e também ajuda você a lidar um pouco melhor com as suas frustrações quando você não consegue atingir as suas metas. É se cobrar um pouco menos do que é o ideal e daquilo que você está conseguindo. Entender que é um processo longo e muitas vezes demorado, ver todas essas diferenças, porque às vezes quando você está sozinho você não consegue enxergar essa dimensão.” (Humberto, Modelo A)

Em relação ao modelo B, os entrevistados alegaram também aprender com os demais membros do grupo. Esse aprender foi relato principalmente com por meio do compartilhamento de experiências, como visto ao comparar seus problemas, sendo possível, assim, ampliar o conhecimento a respeito de possibilidades de resolução destes. Ademais, observou-se que esse aprender transcendeu às questões que se referiram à alimentação, se estendendo para o modo de ser e viver de cada um.

“Eu achei bom porque você conhece pessoas diferentes, você vê os problemas das outras pessoas e você compara com os seus, aprende muita coisa, acho que a gente cresce nisso, no aprendizado e também fica sabendo de diferenças até na alimentação, procedimentos delas, então você acaba aprendendo muita coisa.” (Madalena, Modelo B)

A fala de Madalena, além de exemplificar os pontos elucidados, apresenta uma outra característica particular obtida nas falas dos entrevistados do Modelo B. Ao transporem seus ganhos de repertório devido a convivência com outras pessoas em

grupo, houve menções de nomes de participantes seguido de suas contribuições para com o exercício da reflexão de ações diante de um problema.

“(...) eu gostei de ter conhecido as outras pessoas que você sempre tem coisas boas para tirar, para conhecer, o tipo de vida, como pensa, então teve pessoas ali que eu vi que eram pessoas bem alegres, que você via que estavam de bem com a vida, outras mais assim, mas se esforçando. A Lívia ((participante)) também eu vi que era uma pessoa super legal, embora com problemas, mas ela tem aquele jeitão dela e eu falei “ah essa daí já resolve os problemas de uma forma boa e pronto.” Então são coisas que você vai vendo e vai aprendendo, vai observando, então achei que valeu, valeu sim.” (Madalena, Modelo B)

“Então, com todo mundo eu aprendi, por exemplo, com aquele senhor ((participante)), eu aprendi com ele tentar ver o fundamento, de onde veio as coisas, a naturalidade de cada coisa que eu vou comer, até propriamente para saber o que é aquilo que a gente come.” (Valquíria, Modelo B)

Os relatos dos outros ainda possibilitaram aos entrevistados afirmarem ou compreenderem informações e conhecimentos, validando-os ou ampliando-os. Desta mesma maneira, os entrevistados mencionaram que as posturas e as atitudes dos participantes também foram formas de aprendizados, pois reconheceram que todos eram dotados de saber.

“Então, eu achei interessante porque vão aparecendo conversas que às vezes não estão bem arrumadas para a gente e na hora ali no grupo você “poxa é mesmo, então é disso que eu estou pensando” (Renata, Modelo B)

“Eu estou lembrando daquele senhor ((participante)) quando ele trouxe, que eu estava falando alguma coisa que eu não me lembro exatamente o que, e ele falou “agora é uma Toyota”, alguma dessas grandes marcas de tecnologia bem avançada, foi nesse sentido que ele colocou, pensei “nossa, que descoberta máxima agora”, que gostoso porque ao falar a gente às vezes também não vê tudo o que está falando, quando o outro assinala acende luzes. O importante do grupo é o quanto todos nós que estávamos ali, todos nós estávamos de fato aprendendo, vendo as nossas diferenças em relação a gente e aos outros e as igualdades.” (Miriam, Modelo B)

Esse aprender com o outro além de envolver os participantes do grupo também incluiu o(s) seu(s) facilitador(es). Estes foram vistos como contribuintes para uma nova forma de pensar sobre questões já conhecidas.

“É fantástico também aprender com vocês ((nutricionistas)), mais jovens, trazem coisas para a gente por um ângulo que a gente nunca tinha visto.” (Miriam, Modelo B)

“Porque todo mundo tem uma informação para dar, todo mundo sabe, eu vi que todo mundo ali sabia. Eu não tinha informação, o pouco que eu tenho hoje peguei ali, não tinha nada assim, eu nunca tinha ido ao nutricionista, eu vi que tem o porquê, o que você falava, no que você era questionada.” (Valquíria, Modelo B)

As outras duas unidades temáticas desta categoria (‘Potencialidades do grupo educativo de alimentação e nutrição’) foram identificadas somente entre os participantes do Modelo B, sendo elas: **‘pertencimento pelas semelhanças entre os participantes’** e **‘reconhecimento do grupo como espaço terapêutico’**.

Sobre o **‘pertencimento pelas semelhanças entre os participantes’** eles alegaram que a diversidade de pessoas permitiu que ocorresse a identificação com participantes por meio de características semelhantes relacionadas à expectativa de resultados, às necessidades, ao físico, à enfermidade e ao comportamento. Esse semelhante favoreceu a aproximação com o outro e o desenvolvimento do sentimento de pertencimento ao grupo.

“ (...) foi muito bom esse grupo porque o objetivo era o mesmo: emagrecer e saúde. Lá você revê suas experiências tudo, revê o que você está fazendo.” (Elizabete, Modelo B)

“Eu vi que eu não sou a única que sou gorda.” (Carmen, Modelo B)

“(...) eu acho que a gente se sente mais em casa quando a gente está em conjunto, você não é a única obesa ali, não é a única que está com uma enfermidade ali. É, eu achei que em conjunto é mais produtivo.” (Valquíria, Modelo B)

Já quanto ao **‘reconhecimento do grupo como espaço terapêutico’**, uma das entrevistadas alegou que além do grupo propositar benefícios na parte nutricional, ele também foi um considerado como um espaço de terapia devido à existência de orientações.

“Eu encarei também não só a parte nutricional, mas para mim foi um pouco de terapia, as dicas que foram dadas lá serviram também como uma terapia e eu acredito que as outras pessoas também acharam isso.” (Lívia, Modelo B)

4.2.4 Fragilidades do grupo educativo de alimentação e nutrição

Assim como foram apontadas pelos entrevistados as potencialidades de cada grupo, também foram observadas as fragilidades. Uma delas foi a **‘demanda por atenção individualizada’**, unidade temática emergida na análise das entrevistas tanto dos participantes do Modelo A quanto dos participantes do Modelo B e que se refere a capacidade do atendimento proposto em solucionar as necessidades dos indivíduos.

Essa percepção no Modelo A se deu em referência ao contato restrito com o profissional devido a sua atenção no grupo ser direcionada para o coletivo e não para o individual, podendo represar a exposição de questões particulares e dificultar modificações na prática alimentar.

“(...) eu senti falta de ter um contato, é particular ((com o nutricionista)) não é muito a palavra, mas dá para entender. Eu não sei qual é. Todas às vezes que eu fui num nutricionista sempre tinha uma dieta pronta. “Olha, segue assim o cardápio, segue assim a rotina” e aqui não teve isso. Então, no começo eu me senti perdida por não ter esse tipo de apoio, de acompanhamento. Mas tudo o que elas ((nutricionistas)) me falaram no grupo foi muito útil em relação à alimentação saudável, em relação ao que eu devo consumir ou não. Algumas coisas eu ainda me sinto um pouco perdida, mas foi muito bom.” (Ana Paula, Modelo A)

A diferença entre o atendimento em grupo e o atendimento individual foi apontado por uma entrevistada pelo fato de no grupo ocorrer exposição do indivíduo, situação que pode levar a um constrangimento. A presença de mais pessoas em um grupo pode levar a uma inibição, esta alimentada pelo pressuposto de um julgamento dos demais participantes sobre si possibilitando uma conseguinte rejeição.

“Foi assim, a gente ali no grupo tem outras pessoas e a gente conversa e tudo. Individual você só conversa com o nutricionista, mas eu achei que os dois são bons do mesmo jeito e diferente pouca coisa porque lá a gente fica até receoso de conversar porque tem outras pessoas que talvez não aceite o jeito que a pessoa é, e já só com a nutricionista não, a gente se abre.” (Úrsula, Modelo A)

Para os entrevistados do Modelo B, o não alcance de seus objetivos foi decorrente da falta de uma informação mais individualizada, sendo esta apontada como uma das expectativas para com o atendimento. Em adição à essa mensagem, o contato mais próximo do profissional com o participante foi sugerido como uma forma de potencializar os ganhos com o grupo. Para isso, foi proposto que encontros individuais poderiam ser realizados concomitantemente aos encontros grupais.

“Única coisa é que eu achei que eu fosse ter uma informação maior individual, eu achei que eu fosse ter, eu esperava por isso, eu acho que conversando com algumas pessoas algumas também acharam que era mais ou menos por aí, a gente conversando algum dia, então é isso daí, mas eu espero que agora complemente (...) porque eu não consegui emagrecer.” (Madalena, Modelo B)

“Porque às vezes, por exemplo, aquela moça que falou lá que para ela não tinha visto muito resultado, não é que ela não viu resultado é que ela, no grupão só por ela, ela não conseguiu estabelecer todas as possibilidades que ela poderia, diferente da Madalena, que também tinha questões de saúde, tinha diabetes. Então são momentos diferentes que as pessoas vivem, até as mesmas coisas, mas que se não tem alguém para ajudar a reunir aquela coisa toda aí fica aparecendo que ela não está fazendo nada ali naquele grupo e ela está. Então assim, o grupo ele é muito propositor, o grupo é um campo fértil de desenvolvimento e crescimento. Então, eu acho bem válido, porém, às vezes precisa de um fiozinho condutor individual, ter alguns atendimentos individuais no caminho, balizadores, para a pessoa aproveitar mais o grupo porque às vezes as pessoas não sabem aproveitar a questão do grupo.” (Renata, Modelo B)

A unidade temática **‘desencontros no grupo’**, emergida somente no Modelo B, compreendeu falas sobre o sentir incômodos ou decepções com alguns participantes sendo algum deles transformados em amigos conforme o prosseguimento do grupo.

“(...) eu gostei de tudo, menos da doidinha da carne ((participante do grupo)), ela me incomodava, "eu não como carne", aquela doidinha da carne me incomodava, mas só isso.” (Elizabete, Modelo B)

“(...) quando você iniciou, você pediu para que nós escolhêssemos uma das pessoas, amigos, conhecer, conversar, saber dela e eu de foco bati os olhos na Renata ((participante do grupo)), eu achei que ela tem bastante conhecimento (...). A princípio eu fiz uma opção certa, no decorrer do nosso grupo ela trazia muita informação (...). E findou com uma decepção porque (...) ela falou para você "deixa ela fazer do jeito que ela quer, ver esses negócios aí de calorias" porque foi quando eu perguntei para você quantas calorias e você disse duas mil, quer dizer, se não existisse isso não teria um número, né? E ela falou "deixa ela fazer para depois ela ver que não vai resultar em nada

mesmo” e pronto e eu acho que ela terminou jogando um balde de água. Tudo aquilo que ela deu ela apagou com essa palavra, aí eu vi que eu optei pela pessoa errada, mas eu descartei o que ela falou.” (Valquíria, Modelo B)

“Porque você vê quando a gente teve apresentação no primeiro dia do grupo que foi dado o nome então, a Elizabete ((participante do grupo)) foi uma pessoa que mexeu comigo, pois quando você perguntou para ela uma qualidade dela, e ela: preguiçosa, morro de preguiça, mentirosa. Menina aquilo lá acabou comigo, eu falei “que mulher é essa?” E depois virou minha amiga.” (Carmen, Modelo B)

Outra forma de incômodo apontado pelos entrevistados foi em relação a participantes que dispersavam os assuntos que estavam sendo abordados por outros que não possuíam relação.

“Lembra do que ele ((participante do grupo)) falou sobre o avião? Não tinha nada a ver, à noite e o que o parceiro dele, companheiro dele, o copiloto, sei lá, estava morrendo de medo, então não tinha nada a ver com alimentação ali no momento, tinha? Não, né? Eu já ficava meio que assim ‘poxa vida vamos voltar para aquilo que eu quero que é a alimentação’, mas você sempre deixou ele concluir tudo.” (Carmen, Modelo B)

4.3 ANÁLISE HIERÁRQUICA DE SIMILARIDADE DE PALAVRAS

Em colaboração à comparação dos modelos de grupos educativos, a análise hierárquica de similaridade de palavras possibilitou visualizar graficamente a relação de aproximação existente entre as quinze palavras mais citadas de cada Modelo no conjunto de todas as categorias (Figuras 2 e 3).

No gráfico desenvolvido do Modelo A (Figura 2), o grupo foi visto como um espaço de compartilhamento que propôs a integração entre os participantes. Nessa interação, houve apoio entre os integrantes por meio da troca de experiências entre pessoas diferentes, bem como a aquisição de conhecimentos (aprendizados) e o desenvolvimento da prática de perceber e lidar com suas próprias necessidades. Notou-se também as ações do profissional de incentivo ao comparecimento e o contato com ele, seja por meio da conversa, seja por meio da antropometria.

No gráfico do modelo B (Figura 3), evidenciou-se, quanto ao grupo, um sentimento de bem-estar, desenvolvido principalmente pela existência da conversa entre os participantes. Ao dialogarem e conviverem com o diferente, os saberes compartilhados por todos (participantes e profissionais) foram reconhecidos e valorizados e as posturas de todos também foram observadas. Nessa análise, as ações do profissional estiveram voltadas ao planejamento e desenvolvimento dos encontros e dos temas trabalhados, sobretudo a alimentação.

Na ramificação criada, observou-se a existência de palavras semelhantes entre os Modelos, sendo elas: 'grupo', 'conversa', 'gente', 'pessoa(s)' e 'vocês', possibilitando visualizar aspectos relacionados ao grupo, aos participantes e aos profissionais. Embora essas palavras tenham aparecidos nos dois Modelos, a relação entre elas foi diferenciada. No Modelo A (Figura 2), a palavra 'grupo' está mais aproximado das palavras 'pessoa(s)' e 'gente' elucidando o reconhecimento da presença de outras pessoas, com quem aprenderam a partir da escuta de suas experiências. Já a palavra 'vocês', se referindo ao profissional, se aproxima da palavra 'conversa', possibilitando o entendimento de que o diálogo existente se deu, de maneira mais ampla, entre o participante e o profissional.

Em relação ao Modelo B (Figura 3), a palavra 'grupo' está mais próxima das palavras 'conversa', 'pessoas' e 'gente' demonstrando, assim, a interação social, isto é, a existência de diálogo entre todos os integrantes. Os participantes se percebem a partir da relação com o outro.

Figura 3 - Análise hierárquica de similaridade de palavras das categorias dos participantes de grupos educativos do Modelo A, São Paulo, 2015.

Figura 2 - Análise hierárquica de similaridade de palavras das categorias dos participantes de grupos educativos do Modelo B, São Paulo, 2016

5 DISCUSSÃO

5.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

As características da população estudada foram, de maneira geral, semelhantes entre os dois modelos de grupo, fato este decorrente do perfil dos usuários atendidos no Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza. Entretanto, embora de maneira ligeira, observou-se que os participantes do modelo B foram aqueles que apresentaram tanto maior idade quanto um nível de escolaridade mais elevado, além da metade ser aposentado.

Tal ligeira diferença apresentada no Modelo B, pode ter contribuído para o estabelecimento de um olhar mais crítico da própria função ou da própria proposta do trabalho, mas a ação reflexiva foi provocada, principalmente, pelo modelo de intervenção executado.

Essa observação está em consonância com a região de localização do Centro de Saúde, Centro-Oeste de São Paulo, onde há o predomínio da população idosa da cidade e com condições de vida mais favoráveis. Nessa região geográfica há maior equilíbrio de classes de renda e maior proporção tanto de pessoas com nível superior completo quanto de pessoas portadoras de planos de saúde (SMS, 2010a; SMS, 2010b; IBGE, 2015).

As observações apontadas podem estar relacionadas com o fato da pesquisa ter sido realizada em um período de crise econômica brasileira. Nesse período, segundo pesquisa realizada pela Confederação Nacional da Indústria, em 2016, houve aumento da utilização de serviços públicos pela população devido ao aumento do desemprego e ao menor poder de compra (CFI, 2016). Com isso, na área da saúde,

34% dos brasileiros deixaram de ter planos de saúde e provavelmente migraram para os serviços públicos, mesmo a preferência dos mesmos sendo pelo setor privado (CFI, 2016; SZWARCWALD et al., 2016). Tal fato ressalta a importância de considerar a demanda de novos usuários para o planejamento ou adequação das ações educativas, como o grupo, diante das necessidades de cuidado em saúde.

No que diz respeito ao sexo dos participantes, a presença majoritária de mulheres nos dois modelos de grupo vai ao encontro do apontado por Couto et al. (2010). Esses autores alegam que a procura por cuidados em saúde na Atenção Básica é maior entre as mulheres, dado que os homens buscam mais os tratamentos curativos.

Ademais, apesar da existência de uma quantidade significativa de pessoas idosas do sexo masculino nas UBS, é baixa a presença delas em atividades educativas especialmente em grupos. Nesse sentido, o presente estudo corrobora com os de Guimarães et al. (2010), de Franzoni et al. (2013) e de Becchi et al. (2014), pois a presença nos grupos educativos pesquisados por esses autores também foi maior pelas mulheres.

O fato do único homem do grupo do Modelo B ter mencionado a diferença na quantidade de gêneros, o potencial de socialização possibilitou que o mesmo não se sentisse mal com isso, demonstrando que neste espaço houve acolhimento.

Em relação ao uso desse nível de assistência, Chiavegatto Filho et al. (2015) verificaram destaque na presença de pessoas portadoras de doenças crônicas e doenças mentais. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, a Hipertensão e o Diabetes acometem, respectivamente 21,4% e 6,2% dos brasileiros com 18 anos ou mais (IBGE, 2015). Em conformidade com tais dados, as doenças crônicas não transmissíveis estiveram presentes na maioria dos participantes do

Modelo A e do Modelo B, com realce da Hipertensão e do Diabetes, ratificando as informações contempladas na PNS⁷. Essa característica semelhante entre os participantes pode ter influenciado na identificação e na troca de experiência entre eles em ambos os Modelos, uma vez que compartilhavam de necessidades e dificuldades parecidas.

Diante desta demanda, grande número de grupos na Atenção Básica tem sido planejado com o objetivo de prevenir ou controlar as doenças crônicas não transmissíveis (BECCHI et al., 2014; MUNARI; LUCCHESI; MEDEIROS, 2009; SILVA et al., 2006), pois, segundo, Abrahão e Freitas (2009), “o grupo educativo concorre para o debate de outras formas de lidar e conviver com a doença”, sendo ele um “espaço de construção coletiva e singular de cuidar na vida”.

5.2 COMPARAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA VIVÊNCIA EM DOIS MODELOS DE GRUPOS EDUCATIVOS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Os grupos compreendem uma das maiores atividades de nutricionistas atuantes em UBSs e NASFS, representado, respectivamente, 14,7% e 34,1% do total de atividades desenvolvidas (CERVATO-MANCUSO, 2012). No entanto, em uma revisão bibliográfica realizada por Magalhães, Martins e Castro (2012), foi verificado que a condução de grupos tem sido um grande desafio para esses profissionais, uma vez que eles enfrentam dificuldades relacionadas ao planejamento e à execução. Cervato-Mancuso, Vincha e Santiago (2016) afirmam que

⁷ Destaca-se o fato dessa semelhança, visto que a presença de patologia era somente critério de inclusão no Modelo B, podendo representar o perfil populacional que busca o cuidado nutricional em serviços da Atenção Básica.

(...) pensar em intervenção grupal é pensar em prática social, em participação coletiva e em construção compartilhada que exigem do profissional preparo e habilidade para o planejamento, assim como o desenvolvimento e a avaliação da intervenção educativa em nutrição (...)

Todavia, busca-se que os cursos de graduação em Nutrição não valorizem apenas a formação biologicista, mas também a formação de capacitação pedagógica para que estes profissionais se sintam mais preparados a atuarem como educadores (MANÇO e COSTA, 2004; MAGALHÃES, MARTINS E CASTRO, 2012; MURA e SILVA, 2014).

Apesar do desafio enfrentado pelos nutricionistas, na condução dos grupos educativos, os participantes da pesquisa reconheceram aspectos positivos dessa atuação, especialmente quanto à comunicação dos profissionais, as quais contemplaram a categoria 'Modelo Educativo'. Em ambos os Modelos foi enaltecido as estratégias utilizadas que favoreceram a compreensão dos temas abordados e, consequentemente, o alcance dos objetivos pretendidos dos grupos.

No Modelo A, observou-se que o profissional possuiu uma postura de educador com característica pedagógica, visto que forneceu as informações de forma clara e objetiva, seja por meio dos materiais utilizados, seja por meio da fala. Na análise hierárquica de similaridade de palavras, essa observação também foi identificada, uma vez que se evidenciou o diálogo que se deu de maneira mais intensificada entre o participante e o profissional. Além disso, também foi alegado pelos entrevistados a importância dos materiais informativos e a preocupação pela avaliação de suas práticas alimentares, elucidando uma busca por informações. Os participantes relataram terem aprendido no grupo por meio do compartilhamento de dúvidas, sendo essas solucionadas pelo profissional.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Ferreira Neto e Kind (2010) que conheceram e avaliaram práticas de grupo. Nele, os pesquisadores observaram a existência majoritária de grupos que são desenvolvidos com a abordagem tradicional e, ao entrevistarem os participantes, averiguaram a prevalência dos aspectos informativos. As explicações dadas pelos profissionais foram consideradas como acessíveis e convincentes, como ilustrado no seguinte trecho: “elas têm muita paciência pra explicar pra gente direitinho, sabe? [...] Têm o dom pra explicar direitinho, muita coisa que a gente não sabia hoje a gente tá aprendendo com elas”, trecho semelhante das falas dos participantes do Modelo A.

No Modelo B, ressaltou-se as relações intra e interpessoais por meio de instrumentos abstratos, como a promoção de discussão, mas também de instrumentos concretos, como a entrega da planta e o uso das imagens exemplares de preparações do almoço e do jantar. Neste Modelo os participantes referiram interesse pela discussão no grupo sobre alimentação proporcionado pelo compartilhamento dos saberes de todos. Este fato ocorreu devido ao educador ter tido a postura de mediador, facilitando o diálogo entre os participantes e promovendo uma relação transformadora, pois a partir da valorização dos saberes houve a construção do conhecimento.

Sobre a abordagem da alimentação, em ambos os Modelos houve uma articulação entre os referenciais teóricos de nutrição e os referenciais teóricos de educação. No Modelo A, os participantes alegaram que os folhetos entregues auxiliam na lembrança dos grupos de alimentos apresentados, remetendo-se ao conteúdo da primeira edição do Guia Alimentar para a População Brasileira. Nesta edição (BRASIL, 2006), enfatizava-se informações referentes a quantidade de consumo ideal de alimentos, que foram distribuídos em grupos a partir de semelhanças de suas

características. Além disso, a linguagem abordada no Guia foi mais direcionada aos profissionais, que tiveram o desafio de adequá-las à população. Todavia, o relato dos participantes em relação às explicações claras dos profissionais demonstra que tal desafio tenha sido superado.

Em relação ao grupo do Modelo B, observou-se que as imagens dos pratos e a distribuição da planta (representando a importância de se preferir os alimentos *in natura*) foram aspectos valorizados pelos participantes, os quais instigaram a autopercepção e o aumento do repertório alimentar. Esses aspectos condizem com o intuito da segunda edição do Guia Alimentar, material que norteou a discussão sobre alimentação nos encontros. Nele, foi abordado a comensalidade, destacando o que envolve o ato de comer e a cultura alimentar brasileira, facilitando, assim, a construção de um diálogo do profissional com a população (ANDRADE e BOCCA, 2016; BRASIL, 2006; BRASIL, 2014) e, nesse caso em questão, do profissional com os participantes e dos participantes entre eles mesmos.

De acordo com Oliveira e Silva-Amparo (2018), os Guias Alimentares para a População Brasileira são ferramentas importantes para orientar programas e práticas educativas na área da Nutrição. Os autores destacam que a primeira edição teve impacto de práticas alimentares e na prevenção de mortes prematuras por desnutrição assim como por doenças infecciosas e doenças não transmissíveis. No entanto, também segundo esses autores, as mudanças presentes na segunda edição do Guia representam o cenário de saúde dos brasileiros em congruência do contexto sócio-político, econômico, cultural e ambiental.

Além de uma diferença percebida de modelo educativo, os depoimentos evidenciaram que a diferença do conteúdo de referência de alimentação, no caso o Guia Alimentar, também foi observada. Essa identificação da abordagem da

alimentação é mais frequentemente visualizada em estudos com resultados mensuráveis, como visto no de Gomes et al. (2013) e no de Franzoni et al. (2013). Esses pesquisadores fizeram uso de um questionário para a avaliação de suas intervenções de acordo com a primeira edição do Guia Alimentar com o objetivo de observar as mudanças realizadas na alimentação.

Entre os resultados da presente pesquisa, também se constatou diferença entre os processos educativos de cada modelo. Mesmo eles sendo grupos com foco em alimentação e nutrição, com similaridades em seu enquadre e no perfil do público, o referencial teórico do Modelo B possibilitou que os participantes reconhecessem a proposta do grupo e algumas competências do profissional voltadas à promoção da saúde, como criação de um espaço de diálogo, que oportunizou o empoderamento. No Modelo A, as competências elencadas foram pertinentes a habilidade de compartilhar o conhecimento técnico de modo compreensível, tanto por meio da fala quanto por meio impresso.

Santos (2014) afirma que a capacidade de comunicação é um desafio para o nutricionista e, ao mesmo tempo, elemento fundamental para as ações de educação alimentar e nutricional. Segundo a autora, o nutricionista que sabe comunicar estabelece uma relação com o outro, propagando mensagens e troca de informações, e incentiva às mudanças alimentares.

Desta maneira, é importante a identificação das ações do profissional, principalmente no que se refere a comunicação, em prol de sua qualificação. Neste estudo, observou-se que a técnica também possibilitou que os participantes identificassem tais ações e considerarem a maioria como positiva. Apenas no Modelo B, os participantes identificaram no profissional a dificuldade em encerrar conversas

não pertinentes aos assuntos tratados sobre alimentação, levando a um não aproveitamento do tempo do encontro.

Odgers-Jewell et al. (2015), ao estudarem as percepções de profissionais da saúde condutores de grupos sobre os atributos que contribuem para a eficácia de programas educativos em grupo de autogerenciamento de doenças crônicas, verificaram algumas deficiências no preparo desses profissionais, entre eles nutricionistas. Esses profissionais alegaram estar despreparados por não se familiarizem com o desenvolvimento teórico do programa e por não receberem um treinamento de suas habilidades para facilitar os grupos. Essa falta de treinamento provinda desde a graduação impacta no alcance dos objetivos e resultados de uma intervenção (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2001; MANÇO e COSTA, 2004; MAGALHÃES, MARTINS E CASTRO, 2012; MURA e SILVA, 2014).

Além do estudo Cervato-Mancuso, Vincha e Santiago (2016), no de Odgers-Jewell et al. (2015), realizado na Austrália, também mostra a falta de bases teóricas que norteiam intervenções. No presente estudo, os participantes do Modelo B reconheceram e valorizaram uma particularidade do método de ensino, o diálogo, ação essa existente devido ao uso do referencial teórico de Grupo Operativo. Entretanto, ratificando as afirmações dos autores citados, o Modelo de grupo A não apresentou um referencial teórico, demonstrado também pela não identificação de tal unidade temática. Desta forma, evidencia-se a importância de se ter um referencial norteador das ações propostas.

O Modelo A se assemelha a maioria dos grupos na Atenção Básica, estes que são realizados a partir do modelo de educação tradicional (CARNEIRO et al., 2012) atendendo a uma demanda da população que busca orientações/informações de alimentação diante de um determinado problema de saúde. Alguns autores destacam

que ele promove subsídios para as ações de promoção de saúde, uma vez que a aquisição de conhecimento é parte do processo de aprendizagem (MENEZES et al., 2010; LAUS, LORENZATO e COSTA, 2013).

Sendo assim, dentro de um processo educativo, o acesso à informação é essencial, visto ser um elemento importante para o enfrentamento de problemas (LAUS, LORENZATO E COSTA, 2013). Este fato pode ser observado no Modelo A ao ser valorizado pelos entrevistados as informações sobre alimentação (explicadas e/ou entregues) de modo a recordá-las quando avaliarem essa necessidade. Desta maneira, as ações de saúde com foco na transmissão de conhecimento podem não ser suficientes para a promoção de saúde, mas elas colaboram para tal, uma vez que os conhecimentos auxiliam no processo de decisão (CARNEIRO et al., 2012).

A utilização desse referencial também pode ter impactado na percepção dos participantes em relação ao comparecimento nos grupos. O profissional, ao problematizar o conteúdo com os participantes no Modelo B, facilitou que estes pensassem sobre si e estimulou a interação com o outro, propiciando a identificação entre eles e, conseqüentemente, um sentimento de pertença (SOARES e FERRAZ, 2007). Assim, ao se sentirem inseridos em um grupo, o comparecimento se tornou mais assíduo. Tal fato coaduna com o encontrado por Ferreira Neto e Kind (2010) e Strehlow et al. (2016), que verificaram que grupos fundamentados pelo modelo de educação tradicional apresentam baixa adesão e participação enquanto que aqueles respaldados no diálogo e em atividades práticas apresentam melhores resultados em relação ao aspecto em questão.

A demonstração de aprovação do grupo identificado pelos participantes do Modelo B (“E por mim teriam outros e outros ((encontros)) e eu não ia faltar nenhum dia.”) é resultado congruente com o de Ferrugem, Pekelman e Silveira (2015). Esses

autores observaram que seus pesquisados, também participantes de grupos, têm um desejo por continuidade de desenvolvimento desses na Atenção Básica. Do mesmo modo almejam o aumento de suas variedades e a participação de mais pessoas, uma vez que valorizam as trocas provenientes da interação.

No que se refere as 'potencialidades do grupo educativo de alimentação e nutrição', observou-se que os participantes identificaram causas e descobrimentos de alternativas para resolução de seus problemas alimentares e os expressaram nos encontros. Essa expressão foi oportunizada pela existência do diálogo entre eles e, ao conversarem e se conhecerem, reconheceram o grupo como um espaço de socialização.

Brandão (2007, p.23) alega que “a socialização realiza, em sua esfera, as necessidades e projetos da sociedade e proporciona a cada um de seus membros, grande parte daquilo que eles precisam para serem reconhecidos como ‘seus’ e para existirem dentro dela”.

A socialização no grupo, de acordo com a divisão da socialização apresentada por Berger e Luckmann (2004) e Berger e Berger (1977), é pertencente a fase secundária. Segundo eles, essa fase é caracterizada como a introdução de um indivíduo já socializado em novos setores do mundo, sua interação com novos grupos, interiorizando outros conhecimentos diante da necessidade da realidade e aprendendo novos papéis.

Os entrevistados do Modelo A trouxeram aspectos da socialização mais relacionados ao contato social, evidenciando-se o conhecer pessoas, principalmente, pelo os seus problemas (Figura 2). Por outro lado, os entrevistados do Modelo B trouxeram o conviver e interagir com o diferente, fato este fato evidenciado pela

análise hierárquica de similaridade de palavras que mostrou a relação aproximada entre o conhecer pessoas e aprender com elas.

Diante desse apontamento, vê-se que o Modelo A se aproximou mais do conceito de agrupamento do que grupo, pois houve maiores ações de observação do outro e escuta do profissional do que de interação entre os participantes. Todavia, agrupamentos também podem ser realizados na Atenção Básica dependendo da pretensão do profissional. Para isso, este deve indagar-se quanto aos motivos que o levam a reunir determinadas pessoas, os interesses comuns que elas teriam e o que se deseja alcançar, também levando em consideração as expectativas dos participantes diante do espaço a ser proporcionado (BRASIL, 2010). No entanto, vale ressaltar que, de acordo com Zimerman (2010), no agrupamento pode-se haver um compartilhamento de interesses entre os indivíduos, mas sem a existência de um vínculo entre eles.

O vínculo pode ser considerado como um fator chave para essa observação da diferença quanto a socialização. Enquanto que no Modelo A a relação mais aproximada que os participantes tiveram foram com os profissionais, no Modelo B essa ocorreu para com os demais participantes. Em ambos os Modelos os participantes aprenderam com o outro, mas no Modelo B, devido esse aprendizado foi devido a existência de interação entre eles, o que possibilitou uma maior condição de reflexividade.

Esse fato é melhor apresentado quando em ambos os Modelos é apontada a existência da construção de amizades, onde em cada um foi direcionada a atores diferentes, no caso em A, para com o profissional e, em B, para com os demais participantes.

Martins et al. (2016) afirmam que nas práticas educativas coletivas, como o grupo, fundamenta-se o desenvolvimento do vínculo como um fator que proporciona a interação entre o profissional e os participantes. No entanto, de acordo com Mota e Munari (2006) “o grupo vivencia no processo grupal o que é possível viver.” Deste modo, se o condutor do grupo (profissional), trabalha a construção do vínculo, isso possibilita que os integrantes fortaleçam seus laços e afinidades, conforme verificado no Modelo B.

Uma das intenções dos profissionais da Atenção Básica ao realizarem grupos educativos é a socialização, visto que ela auxilia na construção de amizades, contribuindo, assim, para a prevenção e enfrentamento de problemas sociais como a solidão e o isolamento (ALMEIDA e MAIA, 2010; FORTUNA et al., 2013).

Amaral, Tesser e Müller (2013) verificaram que grupos que tem entre seus objetivos a socialização, além de possibilitar uma identificação com o outro pode ainda levar à construção de amizades. Eles observaram esse fator quando realizaram uma pesquisa qualitativa com o intuito de conhecerem os benefícios de grupos na Atenção Básica.

Segundo Nogueira et al. (2016a), que buscaram compreender os aspectos que potencializam atendimentos em grupo, o estreitamento de laços de amizades é provindo da convivência no qual há compartilhamentos de vida e identificações com o semelhante. Esta afirmação vai ao encontro dos resultados obtidos na presente pesquisa, pois, a relação de amizades nos Modelos de grupo estudados foram diferentes (no Modelo A, essa ocorreu entre o profissional e os participantes e, no Modelo B, entre todos e ainda se estendeu para além do espaço grupal).

Em ambos os Modelos, a vivência no grupo possibilitou que fossem desenvolvidas habilidades sociais. Del Prette e Del Prette (2001, p.31) conceitua tais

habilidades como “a existência de diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais.” As habilidades sociais podem ser classificadas em seis categorias, entretanto, foram observadas neste estudo aspectos referentes a três delas, sendo: de Expressão de sentimento positivo; de Comunicação; e Empáticas.

A habilidade de Expressão de Sentimento Positivo, compreende, dentre seu entendimento, o fazer amizades, fato existente em ambos os Modelos. A amizade é compreendida como uma reciprocidade razoavelmente equilibrada entre sentimentos e que almeja o bem-estar e a felicidade do outro, construída a partir da convivência. Essa habilidade pode estar relacionada com a habilidade de Comunicação (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2001).

A habilidade social de Comunicação compreende duas classes (a verbal e a não verbal) e quatro subclasses (fazer e responder perguntas, dar e pedir *feedback*, elogiar, iniciar, manter e encerrar conversação) (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2001). No presente estudo, verificou-se no Modelo B o aprender a ouvir, aspecto este pertinente à classe verbal e que diz respeito a subclasse de iniciar, manter e encerrar conversação. Partindo do entendimento de que esse aprender a ouvir foi decorrente de uma dificuldade na construção de um diálogo, onde há tanto momento de fala quanto de escuta, Del Prette e Del Prette (2001) afirmam que as dificuldades na conversação podem estar relacionadas com o local, com os interlocutores e com a própria pessoa.

Contudo, verificou-se que, conforme apresentado na Figura 3, a existência da conversa no grupo foi uma das características do Modelo B enfatizadas pelos participantes, podendo remeter a ideia de que o modelo possibilitou o

desenvolvimento de tal habilidade uma vez que foi esta ação foi fortemente trabalhada.

A outra habilidade social apontada, as Empáticas, se referem as demandas afetivas, na qual os indivíduos vivenciam um sentimento e aguardam a ação solidária de pessoas que são próximas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001). Esta habilidade se relaciona com o incentivo para o cuidado, uma vez que os participantes, ao estarem cientes das necessidades e dificuldades dos demais membros do grupo, tanto no Modelo A quanto no Modelo B, reconheceram a existência do recebimento e do oferecimento de ajuda, motivando-os para a realização de mudanças na alimentação.

Franzoni et al. (2013) afirmam que a motivação é um elemento fundamental para a mudança de hábitos contribuindo para a qualidade de vida. Para Vicente Júnior et al. (2015), a motivação é vista como um sentimento que impulsiona as pessoas a alcançarem seus objetivos. Porém, ninguém pode motivar outra pessoa, uma vez que este é um aspecto individual, contudo, é possível estimular o outro a desenvolver este sentimento. Esse estímulo é advindo da comunicação empática na qual ao compreender a situação do outro e demonstrar sentimentos isso pode proporcioná-lo além de apoio, consolo e fortalecimento de vínculos, aumento da autoestima, análise dos problemas e busca de soluções (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001).

Nesse sentido, o Modelo B apresentou maior aproximação existente entre os participantes. Além da existência de um apoio mútuo (identificado em ambos os modelos), notou-se que houve também a promoção de uma autorreflexão despertada pela fala do outro e que pode ter gerado motivação.

Do ponto de vista da alimentação, o grupo, em ambos os Modelos, pode ser uma oportunidade para a construção de uma motivação efetiva nos indivíduos, visto que os participantes relataram melhoras em sua saúde e/ou mudanças alimentares.

As mudanças alimentares, apontadas apenas no Modelo B, foram provenientes de uma convivência com o outro na qual foi possível se compararem e, com isso, encontrem semelhanças e diferenças em seus hábitos alimentares. Essas semelhanças e diferenças podem ser advindas da cultura alimentar, construída por meio de tradições familiares, por exemplo (BRASIL, 2013).

Assim, embora em grupo as pessoas estejam reunidas diante de um objetivo comum, deve-se considerar as suas singularidades, como a cultura alimentar. E se tratando de uma ação de EAN, de acordo com o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (BRASIL, 2012d), ela deve

Respeitar e valorizar as diferentes expressões da identidade e da cultura alimentar de nossa população, reconhecendo e difundindo a riqueza incomensurável dos alimentos, das preparações, das combinações e das práticas alimentares locais e regionais. Esse princípio trata da diversidade na alimentação e deve contemplar as práticas e os saberes mantidos por povos e comunidades tradicionais, bem como diferentes escolhas alimentares, sejam elas voluntárias ou não, como por exemplo, as pessoas com necessidades alimentares especiais. (p.25)

No caso dos grupos aqui estudados, mesmo que os participantes residem, trabalhem ou estudem na região do Centro de Saúde, suas origens podem ser em outras cidades, estados ou países. Mesmo não levantados tais dados nesta pesquisa, as diversas idades e ocupações dos mesmos podem nos levar a pensar nessa cultura diferente entre eles, incluindo a alimentar, uma vez que o acesso às informações pode ser diferente para cada indivíduo, assim como as vivências em relação a alimentação.

A convivência com o diferente necessita, entre diversos fatores, que contemple a vigência de determinados valores e costumes predominantes (ZIMERMAN, 2007). Fernandes (2003) alega que o trabalhar com as diferenças em um grupo é um trabalho que envolve a construção de vínculo. Além disso, possibilita que a imagem gerada do outro possa ser confrontada com a realidade.

Embora tenha-se sido alegado nas entrevistas dos participantes do Modelo A que a convivência com outras pessoas foi algo positivo, tal fato transpareceu fundamentar-se mais no aspecto de um senso comum, isto é, mais quanto as ideias do que se espera dessa convivência, do que a partir da própria experiência. Além disso, evidencia-se a interação dos participantes somente com o profissional podendo representar uma relação unidirecional do grupo com o profissional condutor.

Essa reflexão também se fortalece no reconhecimento do benefício provocado no outro que, em A, foi algo informado, enquanto que em B, notado e ainda comparado com si próprio. Munari, Lucchese e Medeiros (2009) consideram essa percepção como um dos fatores terapêuticos do trabalho em grupo que pode levar os participantes a procurarem ter um comportamento imitativo do integrante que obteve melhorias na saúde e, assim, incentivarem a buscarem resultados semelhantes para si.

O estar com o outro favorece o aprender por meio de trocas e a construção de vínculo, favorecendo o enfrentamento de problemas, sendo este um dos objetivos de atividades coletivas (FERRUGEM, PEKELMAN E SILVEIRA, 2015). Tal enfrentamento é pautado na escuta das experiências, sendo elas dificuldades, conquistas ou questionamentos, fazendo com que a pessoa não se sinta sozinha diante de seus problemas (ALMEIDA, MOUTINHO e LEITE, 2014). Favoreto e Cabral (2009) ainda afirmam que essas trocas auxiliam na capacitação do indivíduo fortalecendo sua autonomia em saúde.

No Modelo A, é notável o quanto o relato dos outros foi algo dotado de significância para eles, pois o aprender não se limitou apenas nas informações sobre alimentação adequada transmitidas pelo profissional, mas também pela vivência do outro diante de suas necessidades de saúde. Além disso, percebeu-se que,

semelhante ao averiguado por Favoreto e Cabral (2009), ao refletirem sobre novas perspectivas de pensamento sobre um determinado assunto, os indivíduos encontraram novos sentidos para estes, ou seja, ampliaram o olhar sobre um conhecimento ou uma prática. Em relação ao B, também se obteve tais visões, mas, de modos diferenciados, pois destacou-se uma valorização quanto à integralidade do outro, vendo-o além de um ser de necessidades, mas também como um ser de descobertas e de saberes.

O reconhecimento do grupo como um espaço de aprendizado também foi observado por Silva et al. (2015) ao avaliarem, na visão dos usuários, um programa voltado para o cuidado com a Hipertensão e o Diabetes (HIPERDIA). Nessa avaliação, esses usuários alegaram que os encontros proporcionavam ampliação de conhecimentos. Da mesma forma esse aspecto foi notório no estudo de Smith, McNaughton e Meyer (2015) na qual os participantes de grupos informativos o valorizaram por eles proporcionarem ganhos ou aumento de seus conhecimentos sobre a doença na qual eram portadores.

Os ganhos evidenciados no Modelo A foram decorrentes de uma apropriação de informações tanto por meio de indagações feitas pelos demais participantes ao profissional quanto por orientações que os mesmos recebiam. Evidencia-se aqui um fato conseguinte do uso do modelo de educação tradicional neste aspecto, visto que os participantes foram colocados como receptores de informações (FREIRE, 1987).

Para o grupo do Modelo B, o conhecimento foi algo construído a partir das trocas de experiências, sendo validado ou refutado pelos participantes. Resultados semelhantes foram encontrados por Odgers-Jewell et al. (2017) que exploraram as experiências dos participantes de um atendimento em grupo fundamentado no diálogo. Esses autores observaram que houve reconhecimento de um valor atribuído

ao conhecimento experiencial. Além dessa observação, creditaram o aumento do conhecimento provindo do saber de todos os membros do grupo (facilitador e participantes).

Tais ganhos, em ambos os Modelos, consideraram tanto a informação quanto o conhecimento. Rezende e Abreu (2003, p.60) trazem que a informação e o conhecimento possuem relação, mas são dotados de diferença de conceitos. Deste modo,

“Informação é todo o dado trabalhado, útil, tratado, com valor significativo atribuído ou agregado a ele, e com um sentido natural e lógico para quem usa a informação. O dado é entendido como um elemento da informação (...) que, tomado isoladamente, não transmite nenhum conhecimento, ou seja, não contém um significado claro. Quando a informação é “trabalhada” (...) pode ser chamada de conhecimento.”

Sendo assim, vê-se a informação como elemento base do conhecimento. Nesse sentido, o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (BRASIL, 2012d) enfatiza a valorização do conhecimento do sujeito por meio do uso de abordagens educativas e pedagógicas que visa um processo ativo. Logo, ao considerar a realidade do sujeito, há uma contribuição para o processo gerador de autonomia nas escolhas alimentares.

Essa valorização da abordagem educativa também é contemplada na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2012a) ao incentivar que profissionais utilizem instrumentos que favoreçam a socialização do conhecimento por meio de ações que se voltem à problematização. A partir dessas considerações, vê-se o Modelo B como sendo aquele que mais se aproxima do proposto nos dois documentos citados, pois observou-se que as trocas entre os participantes proporcionaram com maior intensidade para o Modelo A, a aquisição de informações, enquanto que, para o Modelo B, a produção de conhecimento.

Além disso, somente neste modelo houve o pertencimento pelas semelhanças entre os participantes. Isso pode ser justificado por ele ser caracterizado como um grupo. Nogueira et al. (2016a) afirmam que, mesmo na presença de pessoas consideradas diferentes, o grupo permite que situações de vida semelhantes sejam encontradas e, desta forma, contribui para o compartilhamento de aprendizados em prol de mudanças visando a qualidade de vida.

O reconhecimento de semelhanças também foi constatado no estudo de Amaral, Tesser e Müller (2013) ao entrevistarem participantes de grupos de hipertensão arterial. Para esses autores, a convivência com indivíduos que possuíam experiências, questionamentos, dificuldades e necessidades parecidas os fortaleceram no enfrentamento de uma determinada situação, amenizando sentimentos como o de medo e de ansiedade e proporcionando uma rede de apoio, na qual há trocas de vivências e conhecimentos.

Outro benefício observado foi o reconhecimento do grupo como espaço terapêutico possivelmente devido ao uso do referencial de Grupo Operativo, visto que os participantes vivenciaram a exposição em um ambiente em que tiveram a oportunidade de exporem suas situações, as discutirem e encontrarem soluções. Ao exporem suas situações, houve a possibilidade de se identificarem com elas e, deste modo, fomentar o vínculo no decorrer de uma discussão sobre as mesmas (MENEZES e AVELINO, 2016).

Além das potencialidades também foram apontadas fragilidades do grupo educativo de alimentação e nutrição. Essa categoria pode levar o pensamento sobre a capacidade de resolução dos serviços na Atenção Básica e um dos princípios do Sistema Único de Saúde (Lei 8080/1990) (BRASIL, 1990). Em contribuição a esse princípio, a percepção dos usuários se torna uma ferramenta de avaliação fornecendo

apontamentos em prol de sua efetividade. Vendo o grupo como uma ação de um serviço executado na Atenção Básica, o seu aprimoramento, principalmente se fazendo uso da visão dos participantes, isto é, os sujeitos, é uma das formas que pode colaborar para o alcance do princípio supracitado.

Os apontamentos dos participantes quanto às fragilidades identificadas podem ser de grande valor para o aperfeiçoamento desses tipos de ações, pois corroboram com a discussão que permeia a área da saúde em relação aos resultados obtidos a partir de intervenções em grupo. Nesses resultados, procura-se conhecer e entender os benefícios conquistados para o indivíduo e para o serviço de saúde (TORRES et al., 2009; CUNHA e ALBANO, 2012; FRANZONI et al., 2013; IMAZU et al, 2015).

Ao comparar as percepções dos participantes de ambos os modelos, embora mais evidente em B, observou-se que o grupo foi reconhecido como um propositor de crescimento pessoal. No entanto, em ambos os Modelos houve demonstrações de incômodos com o atendimento, identificadas como demanda por atenção individualizada. Os depoimentos apontaram que esses incômodos eram referentes ao não atingimento de um objetivo e a dificuldade de colocar em prática as informações de alimentação saudável.

Esses resultados podem indicar a preferência do usuário pelo saber biomédico, acreditando-o como a forma na qual se obterá a resolução dos problemas de uma maneira mais efetiva e rápida, com foco no tratamento de doenças (FERTONANI et al., 2015). Entretanto, embora ainda observado tal pensamento, retoma-se aqui a fala de Humberto (participante do Modelo A) quando menciona ter compreendido que, quando se trata de mudança na alimentação, é necessário “entender que é um processo longo e muitas vezes demorado”, mostrando que embora exista a procura

pelo atendimento que proporcione respostas e resultados rápidos, tal reflexão foi proporcionado pelo grupo e validado por ele.

Os atendimentos em grupo também são observados como uma maneira de otimizar o tempo, conseguindo atender várias pessoas em um mesmo momento e, conseqüentemente, diminuindo as consultas individuais (SOARES e FERRAZ, 2007). Todavia, cada tipo de atendimento possui seus alcances e limites, e, por isso, um não substitui o outro. Este fato foi verificado por Imazu et al. (2015) ao realizarem um estudo que buscou observar a efetividade de atendimentos individuais e em grupo para indivíduos portadores de Diabetes Melitus tipo 2. Esses autores conseguiram identificar que o atendimento individual favoreceu o esclarecimento de dúvidas, aquisição de conhecimento e diminuição do impacto da doença sobre a qualidade de vida e o atendimento em grupo, além de aquisição de conhecimento, favoreceu maior adesão à prática de autocuidado.

Neste estudo mencionado também foi possível observar o interesse pelos indivíduos em participarem de cada tipo de atendimento, uma vez que estes tiveram a oportunidade de escolherem aquele a partir de suas preferências. Com isso, verificou-se que 107 indivíduos preferiram o atendimento individual enquanto que 43, o grupo. No entanto, no que se diz respeito a quantidade de pessoas que permaneceram até o final da pesquisa, dos que preferiram o atendimento individual a perda foi de 29% e, dos que preferiram o grupo, essa foi de 11,6%. Isso mostra que embora a preferência dos indivíduos tenha sido pelo atendimento individual, no grupo houve menor quantidade de desistência dos indivíduos.

Cervato-Mancuso et al. (2012) afirmam que a prática do atendimento individual tem buscado “suprir a demanda de agravos a saúde já instaurados”, focando na cura ou diminuição dos sintomas com base no binômio queixa-conduta. Essa prática utiliza

principalmente a prescrição, na qual o profissional aponta as mudanças necessárias na alimentação para um indivíduo (ULIAN et al., 2015). Entretanto, vêm sendo incentivado que esses profissionais tenham uma postura menos impositiva, de modo possibilitar uma melhor adesão dos indivíduos às mudanças alimentares (ULIAN et al., 2015).

Por outro lado, o atendimento em grupo busca a promoção da saúde e uma oportunidade para que os profissionais estimulem os indivíduos a encontrarem estratégias coletivas para o enfrentamento dos problemas em comum (CERVATO-MANCUSO et al., 2012; SOUZA et al., 2005). No grupo, os indivíduos expressam seus pensamentos, dúvidas e compartilham conhecimentos e experiências, possibilitando a construção de planejamentos e concretizações de ações de mudanças (SOUZA et al., 2005).

Embora tenha-se categorizado a demanda por atenção individualizada dentro de fragilidades do grupo educativo de alimentação e nutrição, indaga-se aqui se esta questão não se trata de uma fragilidade, mas sim, de uma característica do próprio grupo, na qual o foco é trabalhar com objetivos comuns originados de demandas em comuns.

Outra fragilidade apontada foram os desencontros no grupo observados apenas no Modelo B. Esses desencontros foram decorrentes de uma não identificação que gerou incômodos e decepções. No estudo de Fortuna et al. (2005) é apontado que o trabalho em grupo pode não ser harmonioso, pois trata-se de relacionamento entre pessoas, e esses relacionamentos podem vir a ter conflitos, como os apresentados pelos participantes. Sendo isto algo inerente às relações, devem ser vistos como possibilidades para crescimento (FORTUNA et al., 2005), mas, para isso, devem ser notados e aproveitados pelo condutor.

5.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A presente pesquisa apresentou limitações quanto à técnica de coleta de dados. No Modelo A as entrevistas foram mais curtas e objetivas, podendo isso ser reflexo do modelo educativo abordado, no qual os participantes não estavam habituados à uma interação mais intensificada, inclusive com o profissional. Diferentemente do Modelo A, no Modelo B elas foram mais extensas e detalhadas, possível fruto do trabalho grupal em que houve incentivo ao diálogo. Este fato pode também ter colaborado para a ocorrência de uma quantidade menor de unidades temáticas das categorias no Modelo A, podendo até ser que nele tivessem outros aspectos vivenciados pelos participantes, mas que, por não serem expressados, não foram analisados. Um fator que pode ter contribuído para a obtenção de tal limitação é o entrevistador ter sido o próprio condutor do grupo.

Além disso, no Modelo A a gravação da entrevista pode ter dificultado o acesso à informação, uma vez que alguns participantes demonstraram não terem se sentido à vontade para falarem, sendo bem objetivos em suas respostas ou até mesmo apresentarem transpiração excessiva.

6 CONCLUSÕES

A proposta do presente estudo foi analisar dois modelos de grupos educativos de alimentação e nutrição a partir do relato da vivência dos participantes. Na análise das entrevistas foi possível observar semelhanças e diferenças dessa vivência. Embora tenham emergido as mesmas categorias para ambos os Modelos, o Modelo B apresentou maior quantidade de unidades temáticas assim como maior número de indivíduos que falaram sobre elas. Tal semelhança nas categorias mostra que a técnica de coleta e análise de dados possibilitou a identificação de mesmos elementos referentes à vivência em um grupo. Contudo, a diferença quanto a quantidade de unidades temáticas demonstra as particularidades de cada Modelo.

Estabelecer uma análise comparativa possibilitou identificar elementos pertinentes à vivência em grupo de alimentação e nutrição. Esses elementos se referem: ao modelo educativo, por meio do reconhecimento de métodos para alcançar os objetivos gerais e específicos, das ações do profissional e da proposta de modelo educativo; ao comparecimento, ao observar e valorizar a presença e frequência nos encontros de maneira individual ou coletiva; as potencialidades do grupo, levando em consideração a relação interpessoal, a motivação para o cuidado, o reconhecimento de benefícios na saúde alcançados pelos outros, os aprendizados, a identificação com o outro e o espaço de fala e escuta; as fragilidades do grupo, caracterizado pelo o não abarcar todas as necessidades individuais e o surgimento de incômodos ou desconfortos entre os participantes.

A prática de grupo tanto no modelo de abordagem de educação tradicional quanto no de abordagem dialógica, oferecem estratégias que incentivam o cuidado com a saúde. Essa prática também possibilita aprendizados provenientes da

socialização, como o ganho de repertório e o pensar sobre as suas necessidades de mudanças na alimentação a partir do compartilhamento das experiências e das dúvidas dos participantes. Além disso, salienta-se a integração de tal prática com o atendimento individual.

Grupos que são desenhados a partir de uma abordagem de educação tradicional possuem ações voltadas a prevenção enquanto que grupos que tem como base a educação dialógica se aproximam das ações de promoção da saúde.

A vivência em grupos de educação tradicional intensifica a relação participante-profissional sendo o profissional valorizado por seus conhecimentos compartilhados. Por outro lado, devido ele se aproximar mais das características de agrupamento, o interagir com o outro ocorre por meio da observação. Uma vez que não há construção de laços entre eles, pode acontecer inconstância no comparecimento.

Em relação a vivência em grupos que são fundamentados na educação dialógica, há uma relação intensificada entre os participantes, estes que se comunicam e, com isso, se identificam, se percebem e se ajudam, criando laços entre si, ou seja, vínculos. A convivência com pessoas consideradas diferentes provoca o ato de pensar e de refletir sobre si a partir da fala do outro. A construção do conhecimento em conjunto colabora na valorização dos encontros pelos participantes demonstrado pela assiduidade no comparecimento.

As vivências são semelhantes entre os modelos, mas o que os diferem é a relação interpessoal. Quando se tem uma menor interação entre os integrantes de um grupo, os participantes buscam apoio no profissional, dependendo dele para o estabelecimento de suas escolhas alimentares. Quando há maior interação entre os integrantes, os participantes buscam apoio nas experiências e conhecimentos

compartilhados, sentindo-se mais empoderados para pensar sobre as suas necessidades e como enfrentá-las.

Esses apontamentos sobre a vivência em grupo podem auxiliar os profissionais da saúde para o aprimoramento dessa prática em todas as suas etapas (concepção, planejamento, intervenção e avaliação) favorecendo o alcance de seus objetivos. Porém, mais estudos similares a este são necessários para que ocorra uma compreensão ampliada da vivência dos participantes em diferentes modelos de grupos educativos de alimentação e nutrição, a fim de identificar todas as potencialidades e fragilidades.

7 REFLEXIVIDADE

Esta seção, denominada de reflexividade, se refere, de maneira especial, ao exercício da pesquisa qualitativa, visto que essa nunca havia sido realizada por mim. De forma geral, conforme eu a ia conhecendo durante o mestrado, fui observando e valorizando sua grandiosidade. Por meio dela, compreendi melhor alguns dos efeitos do atendimento em grupo, como o potencial de socialização e aprendizado a partir da convivência com o outro.

Em relação à técnica utilizada, eu não tinha ciência de todo preparo que o entrevistador deve ter e nem como lidar com o agir naturalmente durante a entrevista para proporcionar o diálogo: se apropriando do roteiro, se desprendendo da ordem das perguntas e transmitindo tranquilidade e confiança ao entrevistado.

As perguntas pré-estabelecidas no roteiro da entrevista proporcionou que os entrevistados produzissem informações voluntariamente. No entanto, a maioria deles do Modelo A deram respostas mais objetivas às perguntas enquanto que os do Modelo B se aprofundaram mais. Isto pode ter ocorrido devido a quantidade reduzida do uso de *probes* pela entrevistadora (entendendo *probe* como uma ferramenta que auxilia na exploração do assunto do momento) ou até mesmo, conforme mencionado na discussão deste estudo, pelo fato dos entrevistados, no grupo, estarem acostumados mais a ouvirem do que a falarem.

Esse acontecimento gerou em mim uma dúvida da utilização dessas entrevistas para a comparação dos grupos. Todavia, ao analisar os dados produzidos, percebi que elas foram válidas em razão de que foi possível a emergência de unidades temáticas e estabelecimento de categorias. Ressalto que esse constructo de unidades temáticas e a decisão do uso das entrevistas foram realizados mediante a exploração do material

e reunião entre todos os profissionais envolvidos no projeto de pesquisa financiado pela FAPESP.

Ao auxiliar na transcrição das entrevistas, deparei-me com os alcances da pesquisa qualitativa, uma vez que, ouvindo as falas, bem como as tonalidades e as velocidades das mesmas, a expansão das respostas contendo detalhamentos, e até mesmo os momentos de silêncio, percebi a importância do contato do profissional com o participante. Esse contato não é importante apenas para coletar informações a respeito do grupo, mas, principalmente, para ouvir o que cada entrevistado tem a dizer a respeito de sua experiência no grupo.

Na etapa de análise de dados, o uso do software NVivo 11 auxiliou na organização das entrevistas, seleção dos trechos dotados de significados para o estudo e organização dos mesmos em unidades temáticas e em categorias. Essa execução gerou várias semanas de dedicação e empenho, confirmando o que diversos autores alegam desta etapa: ela é longa e exaustiva. Ademais, no NVivo 11 foi realizado com maior facilidade (quando comparado a um trabalho sem o uso do software) a contagem das palavras mais citadas nas unidades temáticas. Com isso, construiu-se os gráficos de ramificação apresentados nos resultados deste estudo.

Considero que o NVivo 11 tenha sido uma ferramenta que otimizou e facilitou a etapa de análise de dados. Para aproveitar melhor os recursos disponibilizados pelo software, foi de extrema relevância a participação no curso denominado “Análise Qualitativa com o auxílio do software NVivo 11” promovido pela Fundação Carlos Chagas. Ressalto aqui que quem ministrou tal curso também prestou auxílio na etapa de análise dos dados do presente estudo como apoio técnico na utilização do software e na validação das unidades temáticas.

Por meio desta pesquisa foi possível averiguar que a realização de estudos comparados com a utilização do NVivo 11 é algo exequível, pois permitiu analisar e encontrar resultados da comparação de dois grupos que tiveram enquadres semelhantes, mas diferentes sujeitos, objetivos e metodologias.

Ainda em relação a etapa de análise de dados, a elaboração de um guia de descrição de códigos simplificado se deu frente à necessidade do estabelecimento de descrições das unidades temáticas. Embora alguns autores sugere que este guia seja composto de outros elementos como descrição curta e detalhada, critério de inclusão e exclusão e exemplares típicos e atípicos, o conhecimento de todos esses elementos só foi adquirido quando a etapa de análise estava quase finalizada. No entanto, mesmo possuindo apenas o significado (também compreendido como descrição) e a descrição de mensagens dos trechos compilados nas unidades temáticas, este instrumento foi suficiente para a categorização dos trechos.

Outro critério que colabora para a obtenção de um maior rigor científico é a realização da análise dos dados por dois pesquisadores, fato este presente no estudo em questão. No entanto, as pesquisadoras não realizaram o índice de concordância entre os codificadores pelo fato de terem realizado a leitura, seleção e categorização dos trechos em conjunto.

Ao olhar para os resultados da comparação, observei categorias que contemplavam uma avaliação da vivência, sendo estes utilizados por mim para a produção da dissertação. Com base neles, percebi que a pesquisa qualitativa foi necessária para enxergarmos a existência de elementos referentes a este tipo de avaliação, fornecendo indicadores que podem contribuir para o desenvolvimento de instrumentos quantitativos.

8 REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; FREITAS, C. S. F. de. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 436-441, jul./set. 2009.
- ALENCAR, N. de A.; BEZERRA, J. C. P.; DANTAS, E. H. M. Avaliação dos níveis de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida de idosas integrantes do Programa de Saúde da Família. **Fitness & Performance Journal**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 5, p. 315-321, set./out. 2009.
- ALMEIDA, A. K.; MAIA, E. M. C. Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n.4, p. 743-750, out./dez. 2010.
- ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. de S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 328-337, abr./jun. 2014.
- AMARAL, R. P. do; TESSER, C. D.; MÜLLER, P. Benefícios dos grupos no manejo da hipertensão arterial sistêmica: percepções de pacientes e médicos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 196-202, jul./set. 2013.
- ANDRADE, L. M. de; BOCCA, C. Análise comparativa de guias alimentares: proximidades e distinções entre três países. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1001-1016, 2016.
- BACKES, V. M. S. et al. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 858-865, nov./dez. 2008.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BECCHI, A. C. et al. Avaliação de uma intervenção grupal: qualidade de vida e autonomia em usuários com diabetes mellitus. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 10, p. 3369-3376, out. 2014.
- BERGER, P. L.; BERGER, B. Socialização: como ser um membro da sociedade. In: FORACCHI, M. M.; MARTINS, J. de S. **Sociologia e Sociedade: leituras e introdução à sociologia**. Rio de Janeiro, RJ: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1977. p. 200-214
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: Tratado de Sociologia do Conhecimento**. 24. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2004.
- BERNARD, H. R.; RYAN, G. Analyzing qualitative data: Systematic approaches. California: Sage, 2010.
- BRANDÃO, C. R. B. **O que é educação**. São Paulo, SP: Brasiliense, 2007.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS. v. 2. Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria-Executiva. Glossário temático: alimentação e nutrição. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário Temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

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

CANESQUI, A. M. Pesquisas qualitativas em nutrição e alimentação. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 125-139, jan./fev. 2009.

CARNEIRO, A. C. L. L. et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da Atenção Primária. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 31, n. 2, p. 115-120, fev. 2012.

CENTRO DE REFERÊNCIA PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS ASSOCIADAS À NUTRIÇÃO (CRNUTRI). O CRNutri. São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/crnutri/index.php/o-crnutri/>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

CERVATO-MANCUSO, A. M. et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3289-3300, 2012.

CERVATO-MANCUSO, A. M.; VINCHA, K. R. R.; SANTIAGO, D. A. Educação alimentar e nutricional como prática de intervenção: reflexão e possibilidades de fortalecimento. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 225-249, mar. 2016.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. et al. Determinants of the use of health care services: multilevel analysis in the Metropolitan Region of Sao Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 15, p. 1-12, 2015.

COHEN, E.; FRANCO, R. Avaliação de Projetos Sociais. São Paulo: Editora Vozes, 2000.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA (CFI). Retratos da Sociedade Brasileira: dois anos de crise. **Retratos da Sociedade Brasileira**, Brasília, n. 34, p. 1-12, ago. 2016. Disponível em: < https://static-cms-si.s3.amazonaws.com/media/filer_public/fd/e2/fde21960-d88a-4135-a99e-3611db0a5b29/retratosdasociedadebrasileira_34_dois_anos__de_crise_economica_v2.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2018.

COUTO, M. T. et al. O homem na Atenção Primária à Saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.33, p. 257-270, abr./jun. 2010.

CUNHA, C. H. L. da; LEMOS, D. V. da S. Grupos: o poder da construção coletiva. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2011.

CUNHA, D. T. da; ALBANO, R. D. Educação nutricional por meio de atividade de grupo: o desempenho de intervenção educativa de curto prazo. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 170-175, jul./set. 2012.

DEL PRETTE A.; DEL PRETTE Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2001.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Habilidades sociais na infância: teoria e prática**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2005.

DEUS, R. M. de et al. Impacto de intervenção nutricional sobre o perfil alimentar e antropométrico de usuárias do Programa Academia da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1937-1946, jun. 2015.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em Atenção Primária. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil : prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 126-134, dez. 2012. Suplemento 1.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014.

FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 7-18, jan./mar. 2009.

FEIJÃO, A. R.; GALVÃO, M. T. G. Ações de educação em saúde na Atenção Primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 41-49, maio/ago. 2007.

FERNANDES, W. J. A importância dos grupos hoje. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 4, p. 83-91, dez. 2003.

FERREIRA NETO, J. L.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1119-1142, dez. 2010.

FERRUGEM, R. D.; PEKELMAN, R.; SILVEIRA, L. R. Atividades Educativas no Serviço de Atenção Primária à Saúde: a educação popular em saúde orienta os princípios dessas práticas? **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 18, n. 4, p. 409-423, out./dez. 2015.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 117-121, jan./fev. 2010.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). Buenas prácticas en programas de información, comunicación y educación en alimentación y nutrición (ICEAN). 2013. Disponível em <[http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/red-icean/docs/ICEAN_america_del_sur-regional%20\(2\).pdf](http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/red-icean/docs/ICEAN_america_del_sur-regional%20(2).pdf)>. Acesso em: 02 ago. 2017.

FORTUNA, C. M. et al. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1-8, jul./ago. 2013.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./abr. 2005.

FRANZONI, B. et al. Avaliação da efetividade na mudança de hábitos com intervenção nutricional em grupo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3751-3758, 2013.

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

GALINDO, F.; PORTILHO, F. "O peixe morre pela boca": como os consumidores entendem os riscos dos agrotóxicos e dos transgênicos na alimentação. **Sustentabilidade em Debate**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 73-87, maio/ago. 2015.

GASPARINI, M. F. V. et al. Evaluation practices in the field of Food and Nutrition. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 391-407, maio/jun. 2017.

GOMES, A. C. M. et al. Impacto de estratégias de educação nutricional sobre variáveis antropométricas e conhecimento alimentar. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 4, p. 462-469, out./dez. 2013.

GUIMARÃES, N. G. et al. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 323-333, maio/jun. 2010.

HAESER, L. de M.; BÜCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 605-620, jun. 2012.

HARTZ, Z. M. de A. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: < <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

IMAZU, M. F. M. et al. Efetividade das intervenções individual e em grupo junto a pessoas com diabetes tipo 2. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 200-207, mar./abr. 2015.

LAUS, M. F.; LORENZATO, L.; COSTA, T. M. B. Educação Nutricional e Comportamento Alimentar. In: STRAATMANN, G. et al. Psicobiologia do comportamento alimentar. Rio de Janeiro, RJ: Editora Rubio, 2013. p. 197-218.

LUCCHESI, R. et al. Uso do grupo operativo na atenção em saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 823-832, out./dez. 2014.

MAGALHÃES, A. P. A.; MARTINS, K. da C.; CASTRO, T. G. de. Educação alimentar e nutricional crítica: reflexões para intervenções em alimentação e nutrição na atenção primária à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 463-470, jul./set. 2012.

MANÇO, A. de M.; COSTA, F. N. do A. Educação nutricional: caminhos possíveis. **Revista Alimentação e Nutrição**. Araraquara, v. 15, n. 2, p. 145-153, 2004.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2, 2004, Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. Anais...Bauru: USC, 2004. 10p.

MARTINS, Á. K. L. et al. Prática de educação em saúde na estratégia saúde da família sob a percepção de enfermeiros. **Revista Saúde.Com**, v. 12, n. 1, p. 514-520, 2016.

- MELO, A. S. E. de; MAIA FILHO, O. N.; CHAVES, H. V. Conceitos básicos em intervenção grupal. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 17, n. 26, p. 47-63, jul. 2014.
- MENEZES, K. K. P. de; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 124-130, mar. 2016.
- MENEZES, M. F. G. de et al. Alimentação saudável na experiência de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 267-275, ago. 2010.
- MINAYO, M. C. de S. Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, n. 3, p. 02-11, 2011.
- MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MIRANDA, N. P.; SILVEIRA, A. M. Adesão de pacientes aos grupos de reeducação alimentar atendidos em uma Unidade Básica de Saúde em Belo Horizonte, MG. In: CONGRESSO NACIONAL DE ALIMENTOS E NUTRIÇÃO, 3.; CONGRESSO MINEIRO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 6., 2017, Ouro Preto. **Anais...** Ouro Preto, MG: Universidade Federal de Ouro Preto, 2017.
- MOTA, K. A. M. B.; MUNARI, D. B. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 150-161, 2006.
- MUNARI, D. B.; LUCCHESI, R.; MEDEIROS, M. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, p. 148-154, 2009. Suplemento.
- MURA, J. D. P.; SILVA, D. A. Educação Alimentar e Nutricional na formação acadêmica do nutricionista. In: GALISA, M. et al. **Educação Alimentar e Nutricional: da teoria a prática**. Vila Mariana, SP: Editora Roca, 2014. p. 20-23.
- NOGUEIRA, A. L. G. et al. Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 964-971, set./out. 2016a.
- NOGUEIRA, I. S. et al. Intervenção domiciliar como ferramenta para o cuidado de enfermagem : avaliação da satisfação de idosos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. esp, e68351, 2016b.
- ODGERS-JEWELL, K. et al. Group facilitators' perceptions of the attributes that contribute to the effectiveness of group-based chronic disease self-management education programs. **Nutrition and Dietetics**, v. 72, n. 4, p. 347-355, dez. 2015.
- ODGERS-JEWELL, K. et al. Group participants ' experiences of a patient- directed group-based education program for the management of type 2 diabetes mellitus. **PLOS ONE**, v. 12, n. 5, p. 1-16, maio 2017.
- OLIVEIRA, M. S. da S.; SILVA-AMPARO, L. Food-based dietary guidelines: A comparative analysis between the Dietary Guidelines for the Brazilian Population 2006 and 2014. **Public Health Nutrition**, v. 21, n. 1, p. 210–217, jan. 2018.

OSÓRIO, L. C. Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era. Porto Alegre, RS: Artmed, 2003.

PEREIRA, F. R. L. et al. Promovendo o autocuidado em diabetes na educação individual e em grupo. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 4, p. 594-599, out./dez. 2009.

PICHON-RIVIÈRE, E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PINHEIRO, R.; JÚNIOR, A. G. da S. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. p. 37-52.

QSR INTERNACIONAL. Guia de início de utilização NVivo 11 Pro para Windows. Disponível em: <<http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo11/11.4.0/pt-BR/NVivo11-Getting-Started-Guide-Pro-edition-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2017.

RÊGO, M. A. B.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 60–70, mar. 2006.

REZENDE, D. A.; ABREU, A. F. de. **Tecnologia da Informação aplicada a sistemas de informação empresariais**. 3. ed. São Paulo, SP: Editora Atlas, 2003.

RICE, M.; CANDEIAS, N. M. F. Padrões mínimos da prática da educação em saúde: um projeto pioneiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.23, n.4, p.347-53, 1989.

SALCI, M. A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, jan./mar. 2013.

SANTOS, J. T. G. dos. Comunicação e Transmissão de Mensagens em Nutrição: Fundamentos, Teorias e Práticas In: GALISA, M. et al. **Educação Alimentar e Nutricional: da teoria a prática**. Vila Mariana, SP: Editora Roca, 2014. p. 3 -12.

SANTOS, L. A. da S. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 453-462, fev. 2012.

SCAGLIUSI, F. B. et al. Eating at the table, on the couch and in bed: an exploration of different locus of commensality in the discourses of Brazilian working mothers. **Appetite**, v. 103, p. 80-86, ago. 2016.

SILVA, J. V. M. da et al. Avaliação do programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus na visão dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 626-632, jul./ago. 2015.

SILVA, T. R. et al. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 180-189, set./dez. 2006.

SMITH, C.; MCNAUGHTON, D. A.; MEYER, S. Client perceptions of group education in the management of type 2 diabetes mellitus in South Australia. **Australian Journal of Primary Health**, v. 22, n. 4, p. 360-367, set. 2015.

SMS - Secretaria Municipal de Saúde. Características dos domicílios e das pessoas, 2010a. Disponível em:<
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CENInfo_Censo_04.pdf> Acesso em: 09 mar. 2018.

SMS - Secretaria Municipal de Saúde. Resultados parciais do Censo Demográfico 2010 para o Município de São Paulo, 2010b. Disponível em:<
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CENInfo_Censo_02.pdf> Acesso em: 09 mar. 2018.

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 52-57, mar. 2007.

SOUZA, A. C. de et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, ago. 2005.

STREHLOW, B. R. et al. Percepção dos usuários sobre os grupos de educação em saúde do pet - vigilância em saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 8, n. 2, p. 42-43, 2016.

SZWARCWALD, C. L. et al. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. Brasil, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 339-349, 2016.

TEIXEIRA, P. D. S. et al. Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 347-356, fev. 2013.

TORRES, H. de C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 291-298, abr. 2009.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

ULIAN, M. D. et al. Aconselhamento nutricional versus prescrição. In: ALVARENGA, M. et al. **Nutrição Comportamental**. Barueri, SP: Editora Manole, 2015. p. 161-190.

VASCONCELOS, M. I. O. et al. Intervenção educativa em saúde com grupo de gestantes: estudantes de enfermagem em ação extensionista no interior do Ceará. **Expressa Extensão**, Pelotas, v. 21, n. 2, p. 108-118, 2016.

VICENTE JÚNIOR, C. et al. In: ALVARENGA, M. et al. **Nutrição Comportamental**. Barueri, SP: Editora Manole, 2015. p. 215-236.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Noncommunicable diseases. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Ottawa Charter for Health Promotion. 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

ZIMERMAN, D. **A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade**. Vínculo, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 1-16, dez. 2007.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos Básicos das Grupoterapias**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010.

ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1997.

ANEXOS

ANEXO 1 - Quadro 1

Quadro 2 - Apresentação dos encontros dos grupos do modelo A desenvolvidos pelo Centro de Referência para Prevenção e Controle de Doenças Associadas à Nutrição, segundo temas, objetivo e descrição, São Paulo, 2015.

Encontros		Temas	Objetivos	Descrição do encontro
Semanal	1º	Alimentação e Saúde	Identificar as expectativas dos participantes.	Participantes escreviam suas expectativas em pedaços de papel que eram inseridos em bexigas. Estimulava-se a troca das bexigas para posterior leitura das expectativas
			Sensibilizar quanto à importância do estilo de vida saudável, com ênfase na alimentação voltada para a prevenção e controle de doenças crônicas não-transmissíveis.	Construção de um painel contendo imagens e/ou escritas referentes ao estilo de vida, alimentação e doenças associadas à alimentação.
			Apresentar os grupos de alimentos, o equilíbrio da alimentação e de práticas promotoras da saúde.	Construção de um prato saudável por meio de imagens de alimentos representativos de cada grupo. Escolha de metas pré-estabelecidas.
	2º	Montagem de cardápio	Verificar a evolução dos participantes em relação aos grupos de alimentos.	Retomada das metas. Retomada da construção de um prato saudável do encontro anterior.
			Ilustrar a alimentação saudável de um dia.	Construção de um cardápio do período de um dia para um personagem fictício, com posterior discussão de possíveis adequações diante das necessidades de saúde do grupo. Escolha de metas pré-estabelecidas.

continua

Quadro 1 - Apresentação dos encontros dos grupos do modelo A desenvolvidos pelo Centro de Referência para Prevenção e Controle de Doenças Associadas à Nutrição, segundo temas, objetivo e descrição, São Paulo, 2015.

continuação

Encontros		Temas	Objetivos	Descrição do encontro
	3º	Fazendo escolhas mais saudáveis	Discutir a importância das escolhas alimentares mais saudáveis, como mudança do estilo de vida.	Retomada das metas. Dinâmica onde, a partir da leitura de rótulos de alimentos, participantes discutiam escolhas mais saudáveis para alimentos similares. Utilização de recursos visuais que ilustravam quantidades de açúcar, gordura e/ou sódio de alguns alimentos, para comparação de suas informações nutricionais. Elaboração de uma preparação saudável pela equipe de coordenação.
Quinzenal	4º	Conhecimentos de alimentação saudável	Estimular a integração entre os participantes.	Utilização de dinâmicas de integração.
			Recapitular os conteúdos trabalhados anteriormente. Estimular as práticas alimentares saudáveis.	Árvore de perguntas contendo questões de conteúdos trabalhados anteriormente.
	5º	Atividade física e lazer	Estimular a prática de atividade física.	Discussão da importância da prática de atividade física com demonstração de exercícios que podem ser inseridos no dia a dia. Encontro conduzido por uma educadora Física. Sensibilização para os participantes utilizarem serviços do CSE.
	6º	Dificuldades da prática de alimentação saudável	Trabalhar as dificuldades individuais de inserção das orientações para uma alimentação saudável.	Entrevista (entre duplas de participantes) sobre a alimentação atual de um dia, com posterior sugestão de estratégias de adequações na alimentação.
	7º	Preparações saudáveis	Mostrar ao grupo que as preparações saudáveis também são saborosas, prazerosas, apetitosas, bonitas, variadas e que podem ser servidas em eventos diversos.	Realização de piquenique, com preparações consideradas saudáveis trazidas pelos participantes.

Fonte: Dados obtidos do Centro de Referência para Prevenção e Controle de Doenças Associadas à Nutrição. Faculdade de Saúde Pública/USP. Roteiro de grupo, 2015 [documento disponível no serviço para o planejamento dos grupos].

ANEXO 2 – Folheto de escolha de metas distribuído nos dois primeiros encontros

Metas Escolhidas no 1º Encontro

Nome: _____

Aprezie sua refeição.
Coma devagar. ☐

Beba no mínimo 2 litros de
água por dia. ☐

10 COPOS CHEIOS!!

☐ Faça de 5 a 6
refeições.

Troque a gordura animal
pela vegetal, mas consuma
com moderação. ☐

Modere nos açúcares
e doces. ☐

☐ Diminua o consumo de sal e
de alimentos ricos em
sódio.

Acumule pelo menos 30 minutos
de atividade física todos os
dias. ☐

Reduza o consumo de
álcool. Evite o consumo diário.
Não ultrapasse uma dose. ☐

Metas Escolhidas No 2º Encontro

Nome: _____

☐ Consuma cereais
integrais pelo menos 1
vez por dia.

Coma verduras e legumes
no almoço e no jantar ☐

Consuma leite ou derivados
☐ 3 vezes por dia.

☐ Use a fruta como
sobremesa e nos intervalos
das refeições principais.

Coma leguminosas no almoço
ou no jantar. ☐

☐ Fique atento com o tamanho
da porção da carne.

Observe o prato do almoço e do jantar.
Não esqueça nenhum dos grupos abaixo!

Estes grupos de alimentos são incluídos no café da manhã e nos lanches.

Aguarde a próxima semana e saiba qual é a quantidade recomendada!

ANEXO 4 - Quadro 2

Quadro 3 - Apresentação dos encontros dos grupos do modelo B desenvolvidos pelo Centro de Referência para Prevenção e Controle de Doenças Associadas à Nutrição, segundo tarefa e descrição do encontro, São Paulo, 2016.

Encontros		Tarefa	Descrição do encontro
Semanais	1º	O grupo iniciará a construção do vínculo por meio da criação de sentimento de identidade, como também refletirá sobre seus conhecimentos de alimentação.	Apresentação da proposta do grupo; apresentação da equipe de coordenação e dos participantes, por meio do apontamento de uma qualidade que poderia contribuir para o cuidado em grupo. Discussão, em dupla, das práticas alimentares de cada participante. Estabelecimento de meta. Reforço da importância do grupo e da participação de todos.
	2º	O grupo terá de refletir sobre as mudanças da alimentação, da saúde e do corpo.	Retomada da meta. Realização da dinâmica de origem dos nomes. Reflexão sobre as mudanças do corpo e preferências alimentares, conduzida por uma dinâmica onde cada participante, ao segurar uma bola, completava uma frase citada pela facilitadora que se relacionava com sua história de vida. Síntese, pela facilitadora, dos principais pontos levantados pelo grupo da atividade exercida.
	3º	O grupo terá de repensar sobre a rotina de vida, incluindo as refeições.	Retomada da meta estabelecida no primeiro encontro. Registro, em papel sulfite, de atividades exercidas na rotina e das refeições realizadas. Estabelecimento de nova meta. Síntese pela facilitadora, sobre a importância de se pensar sobre a rotina. Entrega de muda de tempero que, além de ser uma extensão do grupo nesse momento de transição de períodos, representa a mensagem de esta necessitar de cuidados rotineiros.
Quinzenais	4º	O grupo terá de discutir e rever os alimentos que habitualmente consomem no café da manhã.	Retomada das metas. Dramatização de um caso familiar, envolvendo o tema café da manhã. Realização de um café da manhã coletivo com discussão das preparações. Estabelecimento de mais uma meta. Síntese, pela facilitadora, dos principais pontos discutidos.
	5º	O grupo terá de discutir sobre os alimentos que habitualmente consomem no almoço e no jantar.	Retomada das metas. Discussão das imagens de preparações de almoço/jantar contidas no Guia Alimentar. Estabelecimento de nova meta. Síntese, pela facilitadora, dos principais pontos discutidos.

continua

Quadro 2 - Apresentação dos encontros dos grupos do modelo B desenvolvidos pelo Centro de Referência para Prevenção e Controle de Doenças Associadas à Nutrição, segundo tarefa e descrição do encontro, São Paulo, 2016.

continuação

Encontros		Tarefa	Descrição do encontro
	6º	Os participantes terão de retomar a construção do grupo, reforçando o sentimento de que são capazes de realizar escolhas alimentares. Também avaliarão o trabalho em grupo.	Retomada das metas. Apresentação de síntese, pela facilitadora, de todos os encontros. Avaliação do grupo, através de perguntas norteadoras sobre a vivência e estrutura do mesmo (datas, horários, equipe de coordenação, conteúdo, etc.). Realização de auto avaliação sobre a vivência em grupo. Troca das mudas, por meio de amigo oculto.

Fonte: Dados obtidos de tese em realização (pela aluna Kellem Regina Rosendo Vincha) na Faculdade de Saúde Pública/USP. 2016.

ANEXO 5 – Aprovação do comitê de ética (OF. COEP/168/11)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP
Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/168/11

26 de abril de 2011.

Prezadas pesquisadoras,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua **3ª/11 Sessão Ordinária**, realizada em **15/4/2011**, analisou, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2246, intitulado **"EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO NUTRICIONAL COM FOCO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE"**, do grupo III, sob responsabilidade das pesquisadoras **Samantha Caesar Andrade** e **Viviane Laudelino Vieira**, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a):

- 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa;
- 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria;
- 3) Comunicar formalmente a este Comitê quando houver o encerramento da pesquisa;
- 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final;
- 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Claudio Leone
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

ANEXO 6 – Aprovação do comitê de ética (Parecer 1.035.608)

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"><div>FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO</div><div> </div></div>								
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP								
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA								
Título da Pesquisa: Inovação em Educação Alimentar e Nutricional: prática de grupo sob o olhar da autonomia em saúde								
Pesquisador: Ana Maria Cervato-Mancuso								
Área Temática:								
Versão: 1								
CAAE: 43317915.0.0000.5421								
Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP								
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio								
DADOS DO PARECER								
Número do Parecer: 1.035.608								
Data da Relatoria: 24/04/2015								
Apresentação do Projeto:								
Propõe-se a realização de uma pesquisa exploratória à luz da abordagem qualitativa, com a compreensão das representações sociais. O estudo será composto pelas técnicas de investigação – observação sistemática, entrevista semiestruturada, sendo que os dados serão analisados através da Análise do Discurso.								
Para a investigação nomeiam-se duas etapas: (1) problematização de dados sobre grupos de Educação Alimentar e Nutricional da Atenção Primária à Saúde de São Paulo e; (2) análise de um novo modelo de Educação Alimentar e Nutricional em grupo. A primeira etapa terá como subsídio dados de uma pesquisa anterior intitulada de "Educação Nutricional na Atenção Primária à Saúde em São Paulo e Bogotá", realizada na cidade de São Paulo. Esses foram coletados durante o período de julho a dezembro de 2012 e no período de março de 2013 a julho de 2014, entretanto não foram analisados. Assim, problematização desses achados dará subsídios para a próxima etapa, que terá como referencial dados reais da prática dos grupos de EAN de São Paulo. A escolha deste delineamento foi baseada nas concepções de educação que concebem a transformação como um evento que exige um conhecimento prévio das potencialidades e fragilidades da realidade, problematizando-a com os conceitos empíricos no sentido de construir um novo conhecimento.								
<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="width: 50%;">Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715</td><td style="width: 50%;">CEP: 01.246-904</td></tr><tr><td>Bairro: Cerqueira Cesar</td><td></td></tr><tr><td>UF: SP</td><td>Município: SÃO PAULO</td></tr><tr><td>Telefone: (11)3061-7779</td><td>Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br</td></tr></table>	Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715	CEP: 01.246-904	Bairro: Cerqueira Cesar		UF: SP	Município: SÃO PAULO	Telefone: (11)3061-7779	Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br
Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715	CEP: 01.246-904							
Bairro: Cerqueira Cesar								
UF: SP	Município: SÃO PAULO							
Telefone: (11)3061-7779	Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br							

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.035.608

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar um modelo educativo para a prática de Educação Alimentar e Nutricional em grupo, no contexto de São Paulo, sob a perspectiva da autonomia em saúde.

Objetivo Secundário:

Identificar e analisar as técnicas e estratégias educativas utilizadas nos grupos de EAN; Compreender o processo educativo e comunicativo dos grupos de EAN; Selecionar técnicas e estratégias praticadas que promovam a autonomia em saúde; Aprimorar as técnicas e estratégias selecionadas, introduzindo elementos educativos e comunicativos para garantir a promoção da autonomia em saúde; Elaborar um modelo educativo para a prática de Educação Alimentar e Nutricional em grupo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco da pesquisa é declarado como mínimo. Tanto para os nutricionistas quanto para os usuários que participarão dos grupos A e B, os quais manifestarão sua anuência à participação no estudo mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que incluem os seguintes dados: identificação dos pesquisadores, descrição dos procedimentos do estudo, benefícios, compromissos e confidencialidade. Os benefícios são afirmados como sendo o acompanhamento dos participantes por meio de grupos educativos que possuem por objetivo promover a autonomia em saúde. Assim, almeja-se proporcionar benefícios para a saúde física e principalmente para saúde mental (autoconfiança, autodeterminação e aumento dos vínculos sociais) dos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo proposto tem por intenção identificar, elaborar e analisar um modelo inovador para a condução de grupos educativos na perspectiva da autonomia em saúde dos indivíduos.

Todavia, e isto precisa ser apontado, tem como uma das suas cláusulas o custeio do deslocamento dos sujeitos da pesquisa ao CRNUTRI.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram elaborados dois modelos de TCLE, um para os profissionais que participarão da pesquisa e outro para os pacientes em acompanhamento nos grupos. Os modelos de TCLE apresentados estão adequados conforme a Resolução 466/2012.

Recomendações:

Nenhuma.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.035.608

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem inadequações do ponto de vista ético.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 25 de Abril de 2015

Assinado por:

Sandra Roberta Gouvea Ferreira Vivolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

ANEXO 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido entregue para os participantes de grupos do modelo A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ADOLESCENTES, ADULTOS E IDOSOS

Título do Projeto: Efetividade de intervenção nutricional com foco na prevenção e controle de doenças e agravos não transmissíveis em unidade básica de saúde

Nós, Samantha Caesar Andrade e Viviane Laudelino Vieira, responsáveis pela pesquisa, somos funcionárias do Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza e estamos desenvolvendo este projeto com o objetivo de avaliar a efetividade do atendimento nutricional realizado nesta unidade. Para tanto, será necessário coletar medidas de peso, estatura e circunferência da cintura e informações relacionadas aos aspectos sócio-econômicos, demográficos, culturais e nutricionais dos usuários. Além disso, serão utilizadas as informações disponibilizadas nos prontuários de atendimento.

Cada participante será avaliado e encaminhado para o atendimento mais adequado ao seu perfil. Os riscos da pesquisa são mínimos e a não concordância da utilização dos dados não implicará em suspensão do atendimento. Caso haja aceitação em participar da pesquisa será garantido seu anonimato e a confidencialidade dos dados, que serão utilizados para publicação científica após consolidação e análise.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, estou ciente que tenho direito de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Eu, _____

declaro estar ciente do exposto e autorizo que os dados coletados nessa pesquisa possam ser usados em trabalhos científicos desde que seja mantido o sigilo das informações.

São Paulo, ____ de _____ de ____.

Assinatura: _____

Nós, Samantha Caesar Andrade e Viviane Laudelino Vieira, declaramos que fornecemos todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

Data: ____/____/____.

Telefone: 3061-7942

ANEXO 8 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido entregue para os participantes de grupos do modelo B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

AOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS EDUCATIVOS

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **Inovação em Educação Alimentar e Nutricional: prática de grupo sob o olhar da autonomia em saúde.**

A JUSTIFICATIVA: A pesquisa justifica-se pelo fato da pouca existência de referenciais teóricos sobre a Educação Alimentar e Nutricional em grupo, apesar desta ação ser uma prática constante no cotidiano dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

OBJETIVO: O objetivo desta pesquisa é analisar um modelo educativo para a prática de Educação Alimentar e Nutricional em grupo, no contexto de São Paulo, sob a perspectiva da autonomia em saúde.

PROCEDIMENTOS: Os procedimentos desta pesquisa incluem: participação de um grupo educativo, incluindo gravação em áudio e vídeo e entrevista individual.

O grupo educativo será realizado no Centro de Referência para a Prevenção e Controle de doenças associadas à Nutrição (CRNutri), e terá por objetivo desenvolver um modelo para ser aplicado em futuros grupos. Dessa forma, a pesquisa conta com a sua colaboração nos seguintes requisitos: sua participação em pelo menos três encontros do grupo e, ao final, sua participação em uma entrevista individual. No grupo os encontros serão gravados em áudio e vídeo, por meio de uma câmera, a qual permanecerá ligada durante todos os encontros. Essa será instalada em um local que contemple todos os ângulos da ação. A entrevista será gravada em áudio e será realizada em dia e horário agendados com você.

DESCONFORTOS E RISCOS: O desconforto e o risco são mínimos para você ao participar do grupo e da entrevista, visto que as informações desta pesquisa são confidenciais. Assim, em momento algum, sua imagem, identificação ou informações pessoais serão divulgadas pelos pesquisadores.

BENEFÍCIOS: Ao participar desta pesquisa espera-se que você tenha benefícios em sua saúde física e emocional. E também você estará contribuindo com a qualificação de futuros grupos educativos a serem realizados nos serviços públicos de saúde.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão confidenciais e sua divulgação será realizada apenas no meio científico, assim, os pesquisadores comprometem-se em utilizar os dados e materiais coletados somente para esta pesquisa, sem identificação dos participantes. O TCLE é composto de 2 vias, uma ficará sob a guarda dos pesquisadores e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você, bem como, se houver necessidade a pesquisa custeará o seu transporte até o serviço. A pesquisa não fornecerá compensação financeira por sua participação. Porém, se existir despesa adicional, ela será incluída no orçamento da pesquisa.

Eu, _____, declaro ter sido informado (a) sobre a pesquisa e aceito participar do estudo.

Caso eu tenha dúvidas em relação à pesquisa, poderei esclarecê-las com as pesquisadoras Kellem Vincha e Viviane Laudelino Vieira, e com a professora Ana Maria Cervato-Mancuso, no telefone (11) 3061-7705.

Em caso de dúvidas e denúncias éticas, poderei esclarecê-las com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo por meio do telefone (11) 3061-7779 ou no endereço Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Roteiro da entrevista semiestruturada

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA DOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS

Data:

Nome do entrevistado:

Idade:

Cidade de origem:

Rotina diária e atividades:

1. Gostaria de saber como foi para você participar do grupo de alimentação e nutrição?

(Relatar a vivência de participar do grupo)

2. Você acha que o acompanhamento nutricional do qual você participou com a presença de outras pessoas foi diferente de um acompanhamento individual?

O que você percebeu ou sentiu de diferença?

(Grupo e atendimento individual são iguais porque em ambos tem a presença do profissional; são atendimentos diferentes porque no grupo tem o apoio de outras pessoas)

3. Pensando na sua rotina em casa e/ou no trabalho, você percebeu alguma mudança em relação a sua alimentação e saúde, após a sua participação no grupo?

Você poderia me dar um exemplo de mudança?

(mudança concreta como o aumento ou a redução de algum alimento, mudança de refeições, horários)

4. Hoje em dia temos muitas dificuldades para conseguir modificar nossos hábitos alimentares, como a falta de tempo e a praticidade dos alimentos prontos. Mas você acha que mesmo com essas dificuldades, é possível que você mantenha essa(s) mudança(s) relatada(s) por você?

Caso o entrevistado não tenha realizado mudanças: você poderia me dizer os motivos que dificultaram a realização de mudanças?

(empoderamento; conhecimento; apoio de pessoas)

5. Pensando no que você vivenciou no grupo, qual a mensagem mais importante que ficou para você?

(aprendizado, mudança relacionada com o pensar sobre sua alimentação; maior confiança nas escolhas; maior capacidade de fazer algo; envolvimento de outras pessoas)

6. Aline é uma mulher de 42 anos de idade, separada do marido, que cuida de dois filhos. Ela trabalha como doméstica na mesma casa de família há anos, gosta muito do seu trabalho, porém sente-se muito cansada com o deslocamento, pois todos os dias ela enfrenta três horas de transporte público lotado. Na sua última consulta em uma Unidade Básica de Saúde, Aline foi orientada a emagrecer 10 quilos, pois ela está com o início de diabetes. Aline ficou muito confusa com a orientação e não sabe o que fazer para emagrecer, pois já tentou várias dietas e nunca conseguiu perder peso. Se Aline fosse sua conhecida o que você aconselharia para ela?
(ou quem você acha que ela poderia procurar?)

APÊNDICE 2 – Tabela de códigos

Tabela 1 - Tabela de códigos.

Categoria	Unidade temática	Significado
Modelo educativo	Estratégias utilizadas	Reconhecimento de métodos utilizados para o alcance do objetivo do grupo
	Competência profissional	Ações do profissional (habilidades, atitudes ou conhecimentos)
	Reconhecimento da proposta	Identificação de elementos característicos do modelo educativo
Comparecimento	Presença e frequência nos encontros	Reconhecimento da presença ou ausência dos participantes nos encontros
Potencialidades do grupo educativo de alimentação e nutrição	Socialização	Integração dos indivíduos no grupo
	Incentivo para o cuidado	Motivação/estímulo para o cuidado em saúde
	Reconhecimento do benefício provocado no outro	Observação do benefício à saúde do outro
	Ganho de repertório a partir da partilha entre o grupo	Aprendizado com o outro
	Pertencimento pelas semelhanças entre os participantes	Identificação com o outro
	Reconhecimento do grupo como espaço terapêutico	Grupo como espaço para apresentar e discutir necessidades/problemas
Fragilidades do grupo educativo de alimentação e nutrição	Demanda por atenção individualizada	Capacidade do tipo de atendimento em solucionar as necessidades dos indivíduos
	Desencontros no grupo	Não identificação com o outro

CURRÍCULO LATTES

CURRÍCULO LATTES DA AUTORA

Bruna Zillesg Borges dos Santos

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4005053782483182>

Última atualização do currículo em 06/11/2017

Mestranda de Nutrição em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
Cursou Aprimoramento de Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Possui graduação em Nutrição pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (2012).
(Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Bruna Zillesg Borges dos Santos
Nome em citações bibliográficas	SANTOS, B. Z. B.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2016	Mestrado em andamento em Nutrição em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP USP, Brasil. Título: Avaliação da vivência de dois modelos de grupos educativos de alimentação e nutrição na perspectiva dos participantes, Orientador: Ana Maria Cervato-Mancuso. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
2015 - 2016	Aperfeiçoamento em Aprimoramento de Nutrição em Saúde Pública. (Carga horária: 180h). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP USP, Brasil. Título: Proposta de inovação em grupo educativo de nutrição com foco na promoção da autonomia em saúde. Ano de finalização: 2016. Orientador: Drª Viviane Laudelino Vieira. Bolsista do(a): Fundação do Desenvolvimento Administrativo, FUNDAP, Brasil.
2009 - 2012	Graduação em Nutrição. Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, FMU, Brasil. Título: Elaboração de material educativo sobre alimentação na gestação. Orientador: Cátia Feresin.

Formação Complementar

2015 - 2015	Suplementação Nutricional na Prática Clínica. (Carga horária: 60h). Dra. Denise Carreiro, DENISE CARREIRO, Brasil.
2014 - 2014	VIII Workshop de Atualização em Nutrição. (Carga horária: 7h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
2013 - 2013	VI Curso de atualização em nutrição em diabetes. (Carga horária: 6h). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
2013 - 2013	Rotulagem Nutricional na Prática do Nutricionista. (Carga horária: 3h). Instituto de Metabolismo e Nutrição, IMEN, Brasil.
2012 - 2012	V Workshop de Atualização em Nutrição Nutri Jr.. (Carga horária: 6h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
2011 - 2011	Personal diet. (Carga horária: 7h). Global Nutri, GLOBAL NUTRI, Brasil.
2010 - 2010	IV Jornada de Nutrição. (Carga horária: 10h). Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, FMU, Brasil.
2010 - 2010	Seminário sobre Segurança Alimentar e Nutricional. (Carga horária: 6h). Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, FMU, Brasil.

CURRÍCULO LATTES DA ORIENTADORA

Ana Maria Cervato-Mancuso

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0558045570548264>
Última atualização do currículo em 01/12/2017

Possui graduação em Nutrição pela Universidade de São Paulo (1983), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1995) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1999) realizando estágio do doutorado na Universidade de Barcelona (Espanha). Atualmente é professor associado da Universidade de São Paulo. Tem experiência como nutricionista em Nutrição em Saúde Pública e no ensino superior na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: educação nutricional, formação profissional, segurança alimentar e nutricional e ensino superior. Orientadora do programa de Mestrado Profissional de Formação Interdisciplinar em Saúde. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Ana Maria Cervato-Mancuso
Nome em citações bibliográficas	CERVATO, A. M.;CERVATO-MANCUSO, A.M.;CERVATO-MANCUSO, ANA MARIA;MANCUSO, ANA MARIA CERVATO;CERVATO-MANCUSO, ANA M.

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Nutrição. Av dr Arnaldo, 715 Cerqueira Cesar 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617705 Fax: (11) 30617736 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1995 - 1999	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Intervenção nutricional educativa: promovendo a saúde de adultos e idosos em Universidades Abertas à Terceira Idade, Ano de obtenção: 1999. Orientador: Maria de Fátima Nunes Marucci. Palavras-chave: educação nutricional; promoção da saúde; terceira idade. Grande área: Ciências da Saúde
1991 - 1995	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares, Ano de Obtenção: 1995. Orientador: Rosa Nilda Mazzilli. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: epidemiologia; dieta habitual; fatores de risco. Grande área: Ciências da Saúde
1987 - 1988	Especialização em Saúde Pública. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.
1980 - 1983	Graduação em Nutrição. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Livre-docência

2013	Livre-docência. Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP, Brasil. Título: Do "Coma direito, família!" ao direito à alimentação da família brasileira: 75 anos do Curso de Nutrição da Universidade de São Paulo, Ano de obtenção: 2013.
-------------	---