



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Franzoni, Bruna; Azeredo de Lima, Lena; Castoldi, Luciana; da Graça Alves Labrêa, Maria
Avaliação da efetividade na mudança de hábitos com intervenção nutricional em grupo
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 12, diciembre, 2013, pp. 3751-3758
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63028840031>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Avaliação da efetividade na mudança de hábitos com intervenção nutricional em grupo

Evaluation of the effectiveness of a change of habits with group nutritional intervention

Bruna Franzoni ¹
Lena Azeredo de Lima ²
Luciana Castoldi ³
Maria da Graça Alves Labrêa ³

Abstract *Inadequate dietary standards, physical inactivity, smoking and alcohol consumption represent a composite of risk factors for non-communicable diseases and disorders. Encouraging healthy eating habits is a fundamental strategy to tackle current eating and nutritional problems. The scope of this research was to evaluate if the participation of individuals in group nutritional intervention was capable of modifying their eating habits. The research was conducted at a public health center in Porto Alegre in the state of Rio Grande do Sul. It involved an experimental study using qualitative and quantitative research, in which group participants were evaluated before and after the nutritional intervention. The final sample included 10 participants comprised of men and women aged 48 on average. Most of them had completed high school, earned an average family income of 2.5 minimum wages and were overweight. The results proved that the objective of the study was successful, since the group manifested an improvement in eating habits and consequent weight loss. The conclusion is that group intervention with emphasis on eating habits and nutrition is effective and its implementation is recommended in the routine of the services of the Brazilian Unified Health System.*

Key words *Nutritional intervention, Group, Eating habits*

Resumo *O padrão alimentar inadequado, a inatividade física, o tabagismo e o consumo de álcool representam um complexo de fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis. A promoção de práticas alimentares saudáveis representa estratégia fundamental para o enfrentamento dos problemas alimentares e nutricionais da atualidade. O objetivo desta pesquisa foi avaliar se a participação do usuário em uma intervenção nutricional em grupo foi capaz de modificar os seus hábitos alimentares. A pesquisa foi realizada em um serviço público de saúde, em Porto Alegre [RS]. Trata-se de um estudo experimental, de natureza quali-quantitativa, no qual os participantes do grupo foram avaliados antes e depois da intervenção nutricional. A amostra final foi de 10 participantes, de ambos os sexos, com idade média de 48 anos, predomínio de ensino médio, com renda familiar média de dois salários mínimos e prevalência de sobrepeso. Os resultados demonstraram que o objetivo do estudo foi atingido, uma vez que o grupo apresentou melhora dos hábitos alimentares, com consequente perda de peso. Conclui-se que houve a efetividade na intervenção realizada em grupo, com ênfase na alimentação e nutrição, e se recomenda a sua implantação na rotina dos serviços do Sistema Único de Saúde.*

Palavras-chave *Intervenção nutricional, Grupo, Hábitos alimentares*

¹ Programa de Residência Integrada em Saúde Multiprofissional, Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga 6311, Partenon. 90.610-001 Porto Alegre RS Brasil. bfranzoni@gmail.com

² Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição

³ Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul

Introdução

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) foram responsáveis por 61% dos 58 milhões de óbitos ocorridos no mundo em 2005, sendo a maior causa de mortalidade no mundo^{1,2}. No Brasil as DANT representam 74% das doenças³. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE de 2008 mostraram que 79,1% dos brasileiros com mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de, pelo menos, uma das doze doenças crônicas perguntadas⁴.

O padrão alimentar inadequado, a inatividade física, o tabagismo e o consumo de álcool representam um complexo de fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis¹. O custo financeiro com estas doenças produz elevadas despesas para o sistema de saúde e para a sociedade, sendo responsável pela maior parcela dos gastos com assistências hospitalares no Sistema Único de Saúde⁵⁻⁷.

Os fatores de risco para as DANT estão relacionados com a alimentação e a nutrição: sobrepeso, obesidade, dislipidemia, inatividade física, hipertensão arterial, tabagismo e inadequado padrão alimentar¹. Inquéritos com dados sobre disponibilidade domiciliar de alimentos, originários das Pesquisas de Orçamentos Familiares, possibilitam a caracterização das modificações na alimentação da população brasileira nas últimas décadas, demonstrando que os indivíduos passaram a adotar uma nutrição com alta densidade calórica, rica em gordura saturada, sódio e em açúcares simples, pobre em fibras e micronutrientes⁸.

Ao mesmo tempo, os consumidores são constantemente sobrecarregados pela mídia com variadas mensagens que estão distantes de condutas saudáveis, o que confunde a população quanto às informações nutricionais⁹. Neste contexto, a promoção de práticas alimentares saudáveis representa estratégia de importância fundamental para o enfrentamento dos problemas alimentares e nutricionais da atualidade. Nesse sentido, não parece haver impasses sobre o importante papel da educação alimentar e nutricional para a promoção destas práticas¹⁰.

Ferreira e Magalhães¹¹ ressaltam que, quando se propõe a integração do campo da alimentação e nutrição no contexto de promoção da saúde, é fundamental ser destacado o tema da educação nutricional. Os autores entendem o processo de educação nutricional como a capacitação dos indivíduos, no sentido de oferecer condições para que a população possa desenvol-

ver sua autonomia decisória, optando por escolhas alimentares mais saudáveis.

Propostas educativas em nutrição com atendimentos em grupos objetivam tornar o ambiente interativo e facilitador de aprendizagem, possibilitando mudança dos hábitos alimentares e oportunizando melhor qualidade de vida¹². Os grupos oferecem trocas de experiências e aquisição de novos conhecimentos, possibilitando a intervenção em um maior número de pessoas com uma questão em comum. Dessa forma, facilitam o exercício da autodeterminação e da independência, funcionando como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia, podendo assim contribuir para a promoção da saúde e a prevenção de doenças^{13,14}.

O Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS) é um serviço de atenção secundária à saúde, vinculado à Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, que atua em quatro eixos de atendimento: Dermatologia, Hanseníase, Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/AIDS. O Serviço de Nutrição atende os encaminhamentos dos quatro eixos de atenção do ADS. Através do Banco de Dados do Serviço de Nutrição, criado no ano de 2004, constatou-se que a maior parte dos pacientes atendidos apresentava fatores de risco para DANT, tais como Diabetes Mellitus, dislipidemia, hipertensão e obesidade.

Com base nesses dados, verificou-se a necessidade de potencializar a promoção da saúde e prevenção de doenças, na área da nutrição. Considerando a realidade do ADS, entende-se que a consulta coletiva seria um dispositivo oportuno para viabilizar este estudo. Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa foi avaliar se a participação do usuário em uma intervenção nutricional em grupo modifica os seus hábitos alimentares.

Método

Foi realizado um estudo experimental, de natureza quali-quantitativa, no qual os participantes do grupo foram avaliados antes e depois da intervenção nutricional.

Foram selecionados para a pesquisa os indivíduos que tiveram interesse em participar do grupo, encaminhados por membro da equipe do ADS ou por iniciativa própria. Foram considerados como critérios de inclusão, ter idade superior a 18 anos, ser usuário do serviço de saúde, independente do diagnóstico clínico, e aceitar participar da pesquisa, perante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos os indivíduos que já tinham recebido orientação nutricional anteriormente.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Foram respeitados todos os princípios propostos pela Resolução 196/96¹⁵. Foi mantido sigilo, privacidade e anonimato das informações obtidas e os participantes do estudo não foram identificados quando da divulgação dos resultados. As informações obtidas foram utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa. Não houve nenhum prejuízo clínico aos usuários que se recusaram a participar do estudo. Os dados coletados serão armazenados por cinco anos, sendo destruídos após este prazo.

A coleta dos dados foi realizada pela autora do estudo no ADS situado no Bairro Farrroupilha, Porto Alegre (RS), durante o período de abril a julho de 2011.

Para a identificação de mudanças no padrão alimentar foi aplicado a cada integrante o questionário “Como está a sua alimentação?”, do Ministério da Saúde¹⁶. O questionário, baseado no Guia Alimentar para a População Brasileira⁵, é composto por 18 perguntas objetivas sobre a frequência e a quantidade de consumo de determinados alimentos e grupos alimentares. Além disso, foi feita uma entrevista de avaliação sobre o grupo, onde os participantes foram questionados oralmente com as seguintes perguntas: “O que você achou de participar do grupo?” e “Você notou mudanças nos seus hábitos alimentares? Quais?”. Os relatos dos participantes foram gravados.

O estado nutricional foi verificado através da avaliação antropométrica. Para tanto, foram aferidas as medidas da circunferência abdominal, peso e estatura, calculando-se, o Índice de Massa Corporal (IMC). O IMC, determinado a partir da divisão do peso (em quilogramas) pelo quadrado da altura (em metros), foi classificado em baixo peso ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$ e $< 22 \text{ kg/m}^2$); adequado ou eutrofia ($> 18,5$ e $< 25 \text{ kg/m}^2$ e > 22 e $< 27 \text{ kg/m}^2$); sobrepeso (> 25 e $< 30 \text{ kg/m}^2$ e $> 27 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($> 30 \text{ kg/m}^2$) conforme determinações da World Health Organization¹⁷ para adultos e Lipschitz¹⁸ para idosos. A circunferência abdominal foi classificada nas categorias sem risco, risco elevado e risco muito elevado para a ocorrência de doença aterosclerótica, segundo a Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia¹⁹.

Antes do início da intervenção nutricional, foram coletadas as seguintes informações dos participantes: dados de identificação, sexo, idade, ocupação, renda familiar e escolaridade.

O grupo constituiu-se de quatro encontros, com uma metodologia pré-definida, que ocorreram durante o mês de abril, com frequência semanal e duração de 1h30. No primeiro encontro aconteceu uma dinâmica de apresentação para integração dos participantes, onde cada um se apresentou e falou de suas expectativas, a aplicação do questionário e a avaliação antropométrica. No segundo e terceiro encontros foi trabalhado o tema “10 Passos para uma alimentação saudável”, do Ministério da Saúde, que contém as diretrizes para alimentação saudável do Guia Alimentar para a População Brasileira⁵.

Foi entregue a cada participante o folder dos “10 Passos para uma alimentação saudável” e foram abordados os passos 1 ao 5 utilizando-se uma dinâmica de elaboração de um esquema alimentar diário. Foram distribuídas diversas gravuras de alimentos, tanto saudáveis quanto não saudáveis, para que os participantes, divididos em dois grupos, compusessem o que acreditavam ser um cardápio diário adequado. Cada grupo apresentou o que produziu, possibilitando se conhecer os hábitos alimentares dos participantes, suas crenças e tabus a respeito dos alimentos e seu conhecimento prévio sobre alimentação e subsidiando discussão sobre alimentação saudável, fracionamento de refeições, a importância da variedade e proporcionalidade.

Para a abordagem dos passos 6 ao 10, foram utilizados os rótulos nutricionais. Para a atividade, foi solicitado que os participantes trouxessem embalagens de alimentos que costumavam consumir, para ser discutida em grupo a importância de ler os rótulos, como fazer essa leitura, contemplando os alimentos industrializados e o sal/sódio presente na alimentação.

No quarto encontro foi realizada nova avaliação antropométrica e aplicado novamente o questionário e entrevista de avaliação do grupo. Os relatos foram gravados e transcritos na íntegra para a análise dos dados.

Os participantes foram contatados pela autora do estudo dois meses após o encerramento do grupo para nova avaliação da intervenção nutricional. No mês de julho, foi marcado um encontro com todos os integrantes da pesquisa, quando foi novamente aplicado o questionário, realizada nova avaliação antropométrica e nova entrevista de avaliação.

Os dados quantitativos foram submetidos à estatística descritiva. Os questionários foram calculados conforme pontuação estabelecida no *site* da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)¹⁶, do Ministério da Saúde, local de

onde foram retirados. Cada pontuação obtida correspondia a uma diferente classificação de padrão de alimentação, podendo ser considerado como insatisfatório – até 28 pontos; satisfatório – de 29 a 42 pontos; ou ótimo – acima de 43 pontos.

O banco de dados foi tabulado no programa Excel, versão 2003²⁰, e a análise estatística utilizando-se o Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0²¹. Foi realizada análise de variâncias para medidas repetidas, seguida do teste das diferenças mínimas significantes para as comparações múltiplas. Em todos os testes foi considerado o nível de significância estatística de 0,05. Os dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo, conforme proposta de Minayo²².

Resultados e discussão

A amostra do estudo teve um total de 10 participantes, sendo 90% do sexo feminino e 10% do masculino. A idade dos participantes variou de 19 a 72 anos, sendo a média de 48,10 anos. A renda familiar variou de 535 a 1.500 reais, sendo a média de 1.077 reais. Quanto à escolaridade, observou-se que 40% possuíam o ensino fundamental incompleto, e que a maioria (50% da amostra) iniciou ou concluiu o ensino médio; apenas 10% iniciaram o ensino superior. Com relação ao IMC, a maioria apresentava sobrepeso (60% da amostra); 20% eram obesos e 20% tinham o peso adequado, conforme descrito na Tabela 1.

O estado nutricional com predominância de sobrepeso apresentado pela amostra confirma a tendência do excesso de peso e obesidade entre adultos brasileiros, estimada pela Vigitel Brasil de 2010, no qual foram encontradas prevalências de 48,1% e 15%, respectivamente²³.

Nas três avaliações os participantes apresentaram pontuação média do questionário correspondente a um padrão de alimentação satisfatório, o que significa consumo, pelo menos semanal, de frutas, verduras, legumes, carnes, leguminosas e laticínios, com moderada ingestão de gorduras saturadas, frituras, doces e refrigerantes, conforme classificação estabelecida no *site* da CGAN¹⁶, do Ministério da Saúde, o que parece indicar que eram pessoas que já possuíam algum conhecimento e sensibilização para assuntos relacionados à alimentação e nutrição.

A pesquisa da Vigitel Brasil de 2010 apresentou prevalência de consumo regular, ou seja, em

cinco ou mais dias na semana, pela população de 27 cidades brasileiras estudadas de 29,9% para frutas e hortaliças; 34,2% para carne com excesso de gordura; 66,7% para feijão, 56,4% para laticínios com alto teor de gordura e 28,1% para refrigerantes²³.

Na primeira avaliação, a média foi de 34 pontos, com desvio padrão de ± 8 pontos, sendo 14 pontos a menor pontuação e 49 pontos a maior; na segunda avaliação, a média foi de 38 pontos, com desvio padrão de ± 6 pontos, sendo 28 pontos a menor pontuação e 52 pontos a maior; na terceira avaliação, a média foi de 37 pontos, com desvio padrão de ± 4 pontos, sendo 26 pontos a menor pontuação e 43 pontos a maior conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 1. Descrição da amostra.

Características	Valores n %
Sexo	
Feminino	90%
Masculino	10%
Escolaridade	
Ensino fundamental	40%
Ensino médio	50%
Ensino superior	10%
IMC	
Sobrepeso	60%
Obesidade	20%
Peso adequado	20%
	Média Mínima Máxima
Idade (em anos)	48,10 19 72
Renda familiar (em reais)	1.077 535 1.500

Fonte: Programa SPSS, versão 19.0.

Tabela 2. Descrição dos resultados alcançados pelo grupo nas avaliações, através da pontuação dos questionários.

Indicadores	Avaliações		
	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação
Média de pontos	34	38	37
Desvio padrão	8	6	4
Menor pontuação	14	28	26
Maior pontuação	49	52	43

Fonte: Programa SPSS, versão 19.0.

É possível que a escolaridade e a renda familiar estejam relacionadas a esse resultado. No estudo de Petry²⁴, observaram-se diferenças entre os hábitos alimentares de acordo com a idade, renda familiar e escolaridade. Trabalhadores mais velhos, com maior renda e maior escolaridade apresentaram maior proporção de hábitos alimentares favoráveis. Os participantes de menor escolaridade mostraram preferência por alimentos mais calóricos (massas, doces e frituras) e quando se referiram aos alimentos mais saudáveis, como frutas, verduras e legumes, mostraram um sentimento de obrigação. Já os participantes com maior escolaridade, manifestaram uma preocupação com a saúde evidenciada na opção por alimentos com baixo índice glicêmico e redução de gordura.

No estudo de Stolte et al.²⁵, a população com maior renda mostrou conhecer a importância da alimentação para a saúde, observado pelo uso de um linguajar sofisticado e com termos que remetiam a uma perspectiva orientada pelo discurso médico. Este fato pode refletir a exposição na mídia de temas e situações envolvendo a relação alimentação e saúde, o acesso a serviços e tecnologias médicas e o impacto da medicalização.

Conforme descrito na Tabela 3, os resultados analisados entre a primeira e a segunda avaliação, enquanto os participantes encontravam-se em intervenção nutricional, apontaram melhora significativa na mudança dos hábitos alimentares, mostrando uma diferença positiva na média de 4.600 pontos, representando significância estatística (0,025). No entanto, este padrão de mudança de hábitos não se consolidou após o término da intervenção em grupo, mostrando uma diferença negativa na média de 1.600 pontos, sem significância estatística (0,371), o que indica a necessidade de manutenção da educação em saúde. Deve-se, porém, destacar que, embora sem crescimento, o resultado da pontuação obtida pelo grupo na terceira avaliação foi superior ao da primeira, apresentando uma diferença positiva na média de 3.000 pontos, embora sem significância estatística (0,097), mostrando que algum princípio de mudança de hábitos alimentares pode ter sido incorporado.

Para Hubert et al.²⁶, mudanças no estilo de vida entre adultos tendem a ocorrer com maior dificuldade, pois nessa fase da vida os indivíduos encontram-se com seus hábitos fortemente arraigados. Além disso, os padrões alimentares e o consumo de alimentos do adulto trazem consigo diversas representações simbólicas e culturais, difíceis de serem transformadas com interven-

ções pontuais em curto prazo, como ocorreram neste estudo.

Observou-se que a perda de peso foi gradativa, consolidando-se ao longo do tempo, mesmo após o término da intervenção, o que aponta para a efetividade desta intervenção. A média de perda de peso da primeira para a segunda avaliação foi de 0,190kg, não demonstrando significância estatística (0,547). No entanto, as médias de perda de peso, tanto da segunda para a terceira medida quanto da primeira para a terceira, apresentaram significância estatística (0,009 e 0,000), sendo maior da primeira para a terceira avaliação (1,700 kg), quando comparada à encontrada da segunda para a terceira avaliação (1,510 kg), conforme mostra a Tabela 4.

Estes dados superam os achados do estudo de Costa et al.²⁷, ao comparar o perfil alimentar, antropométrico e o estilo de vida de funcionários de uma empresa antes e depois da implantação de um programa de reeducação alimentar, onde após a intervenção nutricional observou-se pequena adesão às orientações, o que refletiu em uma ligeira alteração na composição corporal, insuficiente para apresentar relevância estatística.

Tabela 3. Comparação das pontuações dos questionários obtidas pelo grupo entre as três avaliações.

Avaliações	Comparação	
	Diferença na média de pontos	Sig. estatística
Entre 1ª e 2ª avaliação	+ 4,600	0,025
Entre 2ª e 3ª avaliação	- 1,600	0,371
Entre 1ª e 3ª avaliação	+ 3,000	0,097

Fonte: Programa SPSS, versão 19.0.

Tabela 4. Comparação da perda de peso (PP) obtida pelo grupo entre as três avaliações.

Avaliações	Comparação	
	Diferença na média de PP	Sig. estatística
Entre 1ª e 2ª avaliação	+ 4,600	0,547
Entre 2ª e 3ª avaliação	- 1,600	0,009
Entre 1ª e 3ª avaliação	+ 3,000	0,000

Fonte: Programa SPSS, versão 19.0.

A análise estatística dos dados demonstrou que o objetivo do estudo foi atingido, uma vez que o grupo apresentou melhora dos hábitos alimentares, com consequente perda de peso, tendo sido uma expectativa referida pelos participantes no início da intervenção.

Como ponto importante a ressaltar, que parece ter contribuído para esses resultados, cabe citar a motivação dos participantes, expressa pela adesão ao grupo e pela construção do vínculo, visto que o estudo teve perda de apenas dois integrantes, mantendo-se 10 participantes do início ao final da intervenção.

Para Minayo e Souza²⁸, a construção do vínculo é um recurso terapêutico, sendo uma estratégia que qualifica o trabalho em saúde. As pessoas, quando procuram o atendimento ambulatorial fora de momentos emergenciais, estão à procura de um serviço que ofereça bom atendimento, associado a profissionais de saúde que dispensem uma relação pessoal, afetiva, atenciosa e de escuta a suas histórias. Nesse sentido, a formação do vínculo, tanto na consulta individual como na coletiva, parece ser um caminho promissor na busca da adesão ao tratamento.

De um modo geral, a análise qualitativa dos dados mostrou que a participação no grupo contribuiu para mudanças positivas nos hábitos alimentares da maioria dos integrantes, corroborando com os resultados encontrados na análise quantitativa, conforme demonstram os seguintes relatos:

- *Eu não digo que água seja ruim. Eu não tenho o hábito, mas agora eu tô usando a garrafinha e em casa eu tomo água também; coisa que eu não fazia* [participante do sexo feminino, 38 anos].

Esse relato demonstra como a intervenção nutricional educativa em grupo mostrou-se efetiva para estimular mudanças qualitativas nos hábitos alimentares, concordando com os achados do estudo de Alvarez e Zanella¹².

- *Realmente eu acho que ajuda o grupo, porque é um comprometimento que você tem: ah, eu vou ter que ir lá no grupo e vou ter que mostrar alguma coisa; realmente tu se compromete a seguir* [participante do sexo feminino, 41 anos].

Por meio do trabalho em grupo, foi possível comprovar que a motivação é um componente essencial para possibilitar a mudança de hábitos, proporcionando assim melhor qualidade de vida. De acordo com estudo de Melin et al.²⁹, somado a diversos fatores, a frequência e o tipo de atendimento durante determinado período de tempo interferem na aquisição permanente de um estilo de vida saudável.

- *É que a gente acaba tendo mais informação, né? Nesse sentido isso ajuda* [participante do sexo feminino, 32 anos].

Através do trabalho em grupo foi possível observar que estratégias de intervenção nutricional que proporcionam multiplicação de informações sobre os benefícios e os malefícios de determinados alimentos e nutrientes, parecem contribuir para mudanças positivas nos hábitos alimentares. Para Stolte et al.²⁵, o fornecimento de informações sobre alimentação e nutrição pode resultar em melhorias no comportamento alimentar, por promover crescimento do conhecimento dos indivíduos.

- *Eu passei a olhar os rótulos* [participante do sexo masculino, 41 anos].

Conforme apresentado no estudo de Alvarez e Zanella¹², o aumento dos conhecimentos e a discussão em grupo das situações do cotidiano alimentar possibilitam melhores escolhas, que podem resultar em mudanças duradouras no comportamento alimentar, apesar de não ter sido feita uma avaliação em longo prazo.

Embora em menor proporção, apareceram também alguns relatos demonstrando dificuldade para mudanças de hábitos, como por exemplo:

- *Pra mim não mudou muito. Agora tá mais corrido, assim, né, por causa do trabalho, mas eu tenho tentado comer no café da manhã* [participante do sexo feminino, 49 anos].

Podemos relacionar essa dificuldade encontrada às grandes distâncias entre o local de trabalho e a residência, atribuídos à falta de tempo que costuma caracterizar o estilo de vida urbano, aspectos que podem colaborar para as tendências negativas dos hábitos alimentares da população²⁴.

- *Assim, ora eu como, ora eu me alimento; o 'como' é comer coisas erradas* [participante do sexo masculino, 46 anos].

Essa fala representa outra dificuldade apresentada no processo de mudança de hábitos alimentares, que pode ser mais bem compreendida pela análise feita por Maffaccioli e Lopes³⁰, que referem que o investimento e o esforço para o abandono de hábitos arraigados podem despertar sentimentos de ambivalência que serão tão mais intensos quanto maior for a dificuldade em vulnerabilizar-se para o novo e para a mudança. Nesse sentido, Helmann³¹ expressa a ideia de que a comida possui um significado simbólico, não sendo apenas uma fonte de nutrição, estando relacionada à aspectos sociais, religiosos e econômicos.

- *Eu não leio o rótulo. Pra mim é que nem bula de remédio; se tu olhar a bula, tu não vai tomar* [participante do sexo feminino, 50 anos].

Segundo Maffaccioli e Lopes³⁰, a resistência a mudanças pode apresentar-se como um processo naturalmente presente nas relações humanas. Para Vitolo³², modificar hábitos alimentares é um processo difícil que exige força de vontade, autoestima e desejo de melhorar. Segundo os cinco estágios de mudança comportamental estabelecidos por Mailbach e Cotton³³, descritos como pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção, entende-se que o indivíduo está pronto para efetivar alguma mudança de hábito apenas quando atinge o quarto estágio, que seria o momento quando implementa seu plano de mudança e começa de fato a efetuar-lo.

Sendo assim, a análise qualitativa mostrou que a mudança do comportamento alimentar pela conscientização parece ser o ponto fundamental para uma modificação nutricional mais efetiva. Ainda com relação à avaliação qualitativa, cabe ressaltar que se obteve melhor retorno na segunda entrevista, dois meses após a intervenção, apontando que uma intervenção terapêutica parece continuar surtindo efeito mesmo após o término da participação ativa do cuidador de saúde. Além disso, foram observados mais relatos de mudanças positivas de hábitos na segunda entrevista, mostrando que parece ser necessário um espaço de tempo para que as alterações de comportamento possam ser processa-

das. Da mesma forma ocorreu com a perda de peso, já que foi demonstrado no estudo que esta precisa de tempo para a sua efetivação.

Considerações finais

O estudo atingiu seu objetivo de avaliar a efetividade de uma intervenção nutricional em grupo, uma vez que este apresentou melhora dos hábitos alimentares, com consequente perda de peso.

Apesar de terem sido encontrados resultados com significância estatística, em função do tamanho pequeno da amostra, não foi possível afirmar que a intervenção nutricional exclusivamente foi efetiva para a mudança de hábitos alimentares. No entanto, outros fatores, como variáveis psicológicas e sociais, representadas pela formação de vínculo e razoável nível socioeconômico dos participantes, podem ter influenciado no resultado, contribuindo para a efetividade da intervenção. O uso de duas abordagens, quantitativa e qualitativa, cujas premissas são paradoxais, neste estudo foi articulado de forma complementar.

Sendo assim, conclui-se sobre a importância da implantação de atividades de promoção à saúde, com ênfase na alimentação e nutrição, na rotina dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

Colaboradores

B Franzoni elaborou o artigo a partir do seu trabalho de conclusão de curso do Programa de Residência Integrada em Saúde Multiprofissional; LA Lima contribuiu na redação e foi responsável pela revisão crítica do artigo; L Castoldi e MGA Labrêa foram orientadoras do referido trabalho de conclusão de curso, contribuindo na redação, elaboração do método, análise e discussão dos resultados e revisão final do artigo.

Referências

1. World Health Organization (WHO). *Global status report on noncommunicable diseases* 2010. Geneva: WHO; 2011.
2. Lessa I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Cien Saude Colet* 2004; 9(4):931-943.
3. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2011.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: MS; 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica do Ministério da Saúde*. Brasília: MS; 2006. Cadernos de Atenção Básica n.14.
7. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico/Agência Nacional de Saúde Suplementar*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: ANS; 2007. 168 p.
8. Levy RB, Claro RM, Mondini L, Sichieri R, Monteiro CA. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. *Rev Saude Publica* 2012; 46(1):6-15.
9. Barbosa RMS, Colares LGT, Soares EA. Desenvolvimento de guias alimentares em diversos países. *Rev. Nutr* Campinas, 2008; 21(4):455-467.
10. Santos LAS. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *Rev. Nutr* 2005; 18(5):681-692.
11. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad Saude Publica* 2007; 23(7):1674-1681.
12. Alvarez TS, Zanella MT. Impacto de dois programas de educação nutricional sobre o risco cardiovascular em pacientes hipertensos e com excesso de peso. *Rev. Nutr* 2009; 22(1):71-79.
13. Garcia MAA, Yagi GH, Souza CS, Odoni APC, Frigério RM, Merlin SS. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2006; 14(2):175-182.
14. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política de promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):745-749.
15. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 1996; 10 out.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN). Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Como está sua alimentação? [página na Internet]. [acessado 2013 set 29]. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/teste_alimentacao.php
17. World Health Organization (WHO). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic – Report of a World Health Organization consultation on obesity*. Geneva: WHO; 1998.
18. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care* 1994; 21(1):55-67.
19. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Arteriosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Arteriosclerose. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2007; 88(Supl.1):2-19.
20. Windows. Microsoft Office Excel [programa de computador]. Versão 2003.
21. Windows. SPSS Inc. Statistical Package for the Social Sciences para Windows [programa de computador]. Versão 19.0.
22. Minayo CS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2001.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica Participativa. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2011.
24. Petry KR. *Fatores sócio-econômicos na formação de hábitos alimentares de trabalhadores de uma instituição de ensino de Porto Alegre* [tese]. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2007.
25. Stolte D, Hennington EA, Bernardes JF. Sentidos da alimentação e da saúde: contribuições para a análise do Programa de Alimentação do Trabalhador. *Cad Saude Publica* 2006; 22(9):1915-1924.
26. Hubert HB, Snider J, Winkleby MA. Health status, health behaviors, and acculturation factors associated with overweight and obesity in Latinos from a community and agricultural labor camp survey. *Prev. Med* 2005; 40(6):642-651.
27. Costa BMF, Araújo TM, Fornes NAS, Sousa LM, Ferreira TAPC, Paulinelli RR, Marques RMB. Estudo prospectivo do impacto da intervenção nutricional educativa em uma empresa privada no Brasil. *Com. Ciências Saúde* 2008; 19(3):233-241.
28. Minayo CS, Souza HO. Na dor do corpo, o grito da vida. In: Costa NR, Minayo CS, Ramos CL, Stotz EN, Najar AL, Fonseca CMO, Duarte CMR, Oliveira JA, Fiszon JT, Bodstein RCA, Siqueira SAV, Valla VV, organizadores. *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes; 1989. p.75-102.
29. Melin I, Karltröm B, Lappalainen R, Berglund L, Mohsen R, Vessby B. A programme of behaviour modification and nutrition counselling in the treatment of obesity: a randomised 2-y clinical Trial. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27(9):1127-1135.
30. Maffaccioli R, Lopes MJM. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. *Acta Paul Enferm* 2005; 18(4):439-445.
31. Helmann CG. *Cultura, saúde & doença*. Porto Alegre: Artmed; 2003.
32. Vitolo MR. Intervenção nutricional. In: Vitolo MR, organizador. *Nutrição: da gestação ao envelhecimento*. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p.357-368.
33. Mailbach E, Cotton D. Moving people to behavior change. In: Mailbach E, Parrot L, editors. *Designing health messages*. Londres: Sage Publications; 1995. p. 41-64.

Artigo apresentado em 16/09/2012

Aprovado em 23/11/2012

Versão final apresentada em 28/11/2012