

# A RELAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE COM OS USUÁRIOS: ORIENTAÇÕES BÁSICAS SOBRE

## ALIMENTAÇÃO

### Wanessa Françoise da Silva Aquino

Especialista em Nutrição e Saúde Materno pela Universidade Federal de Viçosa - UFV; Nutricionista. E-mail: wanessaaquino@yahoo.com.br

### Amanda Pereira

Colaboradora do Projeto de Extensão, Residente em Programa Saúde da Família do Hospital Universitário na Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF; Enfermeira. E-mail: amanditaufjf@yahoo.com.br

### Denise Barbosa de Castro Friedrich

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro - IMS/UERJ; Coordenadora do Projeto de Extensão; Docente na Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF. E-mail: denisebcf@yahoo.com.br

**RESUMO:** O projeto de reeducação alimentar surgiu ao se observar em uma unidade básica de saúde (UBS), da cidade de Juiz de Fora - MG, o grande número de obesos. A obesidade é considerada uma epidemia que independe das condições econômicas e sociais. Ela é uma doença crônica, ocasionada por doenças genéticas, endócrinas, metabólicas ou, ainda, por fatores dietéticos, ambientais, incluindo a questão do estilo de vida. Propõe-se a reeducação alimentar com mudança de hábitos alimentares no lugar de regimes drásticos. Diante da importância de o usuário da UBS ter acesso a orientações adequadas sobre alimentação, foi criado um grupo de reeducação alimentar composto por pessoas obesas, incentivando o emagrecimento e a melhoria da qualidade de vida. Este grupo foi conduzido por acadêmicas de enfermagem e medicina, uma enfermeira e uma nutricionista. Nos encontros, que foram realizados semanalmente, faziam-se medidas antropométricas e os integrantes dividiam suas dificuldades e vitórias quanto à alimentação saudável. Em um ano, 38 pessoas participaram do trabalho, sendo que apenas 22 permaneceram até o fim. Destas, 09 perderam, 03 mantiveram e 10 ganharam peso. Na avaliação realizada com os participantes sobre o grupo pode-se destacar que seu desenvolvimento foi satisfatório, pois os participantes relataram que o ponto positivo foi o aprendizado sobre os temas abordados. O grupo de reeducação alimentar permitiu o reconhecimento da complexidade dos aspectos envolvidos no processo de mudança dos hábitos alimentares e estilo de vida, bem como a importância de um trabalho desenvolvido por uma equipe multiprofissional integrada com os usuários.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sobrepeso; Obesidade; Reeducação Alimentar; Assistência em Saúde.

## THE RELATIONSHIP OF THE PROCESS OF HEALTH TEAM WORKS WITH THEIR USERS: BASIC GUIDELINES ABOUT FOOD

**ABSTRACT:** The rehabilitation food project appeared after observing a basic health unit (UBS), the city of Juiz de Fora - MG, a big number of obese. Obesity is considered an epidemic that is independent of economic and social conditions. It is a chronic disease caused by genetic diseases, endocrine, metabolic, or by dietary, environmental factors, including the lifestyle. It is proposed the food reeducation with dietary habits changes in place of a drastic diet. Given the importance of the user's UBS to have access to appropriate nutrition guidance, a group of food reeducation was created composed by obese people, encouraging weight loss and improvement of life quality. This group was led by nursing and medicine academic students, a nurse and a nutritionist. In the meetings that were held weekly, made anthropometric measurements and the members divided their difficulties and victories on healthy eating. In one year, 38 people participated in the study, and only 22 remained until the end. Of these, 09 lost weight, 03 maintained and 10 had gained weight. In the evaluation with the group participants it may be emphasized that its development was satisfactory because the participants reported that the positive point was learning about the topics. The food rehabilitation group allowed the complexity recognition of the involved

issues in the change process in dietary habits and lifestyle, as well as the importance of a work by a multi professional team integrated with the users.

concluded that nutritional intervention is needed for a long time and it has more adherence in the consistent to diet changes and improvement of nutritional status.

**KEYWORDS:** Overweight; Obesity; Food Reeducation; Health Care Assistance.

## INTRODUÇÃO

O trabalho das equipes de saúde com os usuários exige disponibilidade de recursos na prestação de uma assistência de qualidade. Subsidiar as necessidades da equipe de saúde é o foco deste projeto de extensão.

A idéia de elaborar um projeto de reeducação alimentar surgiu das atividades de estágio em enfermagem em uma unidade básica de saúde (UBS) da cidade de Juiz de Fora - MG, onde muitos dos usuários estão acima do peso ideal, que é fator de risco para várias doenças.

A obesidade é considerada uma epidemia que independe das condições econômicas e sociais (OMS, 1998). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, 40% a 50% da população brasileira está com sobrepeso.

Volp e Bressan (2005, p. 45) afirma que a transição epidemiológica e a nutrição contribuíram para o aumento da obesidade.

As mudanças epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas ao longo do tempo permitiram que ocorresse a denominada transição dos padrões nutricionais, com a diminuição progressiva da desnutrição e aumentos da obesidade. A urbanização e a industrialização, acompanhadas de maior disponibilidade de alimentos altamente palatáveis, de maior densidade energética e atividades cotidianas mais sedentárias, contribuíram drasticamente com o aumento desta doença. (VOLP; BRESSAN, 2005, p.45)

O sobrepeso e a obesidade podem ainda advir de uma ingestão energética alimentar além da necessidade individual; de uma predisposição genética para armazenar estoques de gordura, principalmente em ambientes onde os hábitos alimentares e de atividade física favorecem o aumento de peso; e de fatores sociais e culturais (PEREIRA; HELENE, 2006).

A obesidade é o excesso de tecido adiposo no organismo, que pode ter como conseqüências doenças cardiovasculares, osteomusculares e neoplásicas (CABRERA; JACOB FILHO, 2001)

Da obesidade decorrem várias considerações importantes, além da existência de uma série de agravos à saúde, pois a recuperação dessa situação demanda grande investimento financeiro e recursos humanos. O tratamento e a prevenção da obesidade têm sido considerados uma enorme batalha para os profissionais da área de saúde (PEREIRA; HELENE, 2006)

A obesidade está sendo considerada uma epidemia mundial, presente tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (POPKIN; DOAK, 1998 *apud* FRANCISCHI *et al.*, 2000). O aumento de sua incidência está distribuído em quase todas as raças e sexos, e atinge principalmente a população de 25 a 44 anos (BLUMENKRANTZ, 1997 *apud* FRANCISCHI *et al.*, 2000).

Operacionalmente, a Organização Mundial de Saúde recomenda que se utilize o IMC (índice de massa corporal) para realização da avaliação do peso corporal em adultos (indivíduos entre 18 e 60 anos). Esse índice é calculado dividindo-se o peso do paciente em quilogramas pela altura, em metros, elevada ao quadrado.

Está disposto a seguir o quadro que revela o diagnóstico da obesidade (OMS, 1998):

**Quadro 1.** Diagnóstico da obesidade

IMC= peso (kg)/altura(m) <sup>2</sup>	Classificação
<18,5	Baixo peso
18,5 a 24,9	Peso saudável
25 a 29,9	Sobrepeso (pré-obeso)
30 a 34,9	Obesidade grau I
35 a 39,9	Obesidade grau II
Acima de 40	Obesidade grau III (mórbida)

O IMC, sozinho, não é indicador suficiente da gravidade do problema de peso excessivo, devendo-se avaliar também o tipo de distribuição da gordura acumulada pelo indivíduo (CABRERA; JACOB FILHO, 2001). As medidas antropométricas representadas pela razão cintura-quadril (RCQ) e circunferência abdominal (CA) representam uma maneira racional e eficiente de presumir o volume e a distribuição de gordura, por isso devem ser utilizadas na prática clínica cotidiana, sendo também associadas ao IMC. Apesar da alta acurácia dos métodos complementares, como a bioimpedância, o seu alto custo e a complexidade operacional dificultam a utilização rotineira destes métodos na abordagem da obesidade (CABRERA; JACOB FILHO, 2001).

Além do volume de tecido gorduroso corpóreo total, o padrão de distribuição central deste tecido gorduroso apresenta correlação com algumas patologias até de maneira independente da obesidade global, como o diabetes *mellitus* e as doenças cardiovasculares (KISSEBAH; KRAKOWER, 1994 *apud* CABRERA; JACOB FILHO, 2001).

A CA correlaciona-se aos valores de IMC e RCQ, e ainda reflete, de maneira aproximada, a gordura corpórea total e a abdominal. Os valores de CA que correspondem ao aumento de risco variam de acordo com a idade e o sexo. Segundo Han e colaboradores, a partir de 102cm em homens e 88cm nas

mulheres, há um risco substancialmente aumentado de complicações metabólicas associadas à obesidade (LEAN *et al*, 1996 *apud* CABRERA; JACOB FILHO, 2001).

Abaixo há um quadro ilustrativo sobre a CA e o risco a doenças cardiovasculares de acordo com o sexo do paciente:

**Quadro 2.** Risco de doenças cardiovasculares

	Risco aumentado	Risco muito aumentado
Mulher	80 cm	88 cm
Homem	94 cm	102 cm

O excesso de peso está claramente associado com o aumento da morbidade e mortalidade e este risco aumenta progressivamente de acordo com o ganho de peso. A obesidade é um dos fatores de risco mais importantes para doenças não transmissíveis, com destaque especial para as cardiovasculares e diabetes. Muitos estudos demonstram que os obesos morrem relativamente mais de doenças do aparelho circulatório do que indivíduos de peso adequado (MS, 2006).

A diminuição da disposição para realizar atividades do cotidiano, baixa auto-estima e, conseqüentemente, o isolamento social e o sofrimento psíquico diante da exclusão da sociedade são outros inconvenientes gerados pela obesidade.

Segundo Segal (2004), as conseqüências disto são um maior gasto em tratamentos das complicações da obesidade e um maior nível de desemprego, já que a população de pacientes com obesidade tem menor chance de ser empregada, seja por preconceito seja por incapacidade física nos casos extremos.

Hoje já são gastos 100 bilhões de dólares (no mundo) para o tratamento e acompanhamento de doenças causadas pela obesidade como: doenças cardiovasculares, digestivas, cerebrais, renais, hepáticas, ortopédicas (osteoartrite dos joelhos), endócrinas, psicológicas, além de ser fator predisponente importante para a hipertensão, hiperlipidemia, diabete melito tipo 2, determinas formas de câncer e muitas outras patologias. A obesidade deve ser vista sempre como uma doença que deve ser tratada. (CREDÍDIO, 2006).

As dietas ou regimes alimentares não funcionam porque têm que ser feitos por um período curto, emagrecem apenas momentaneamente; porém a fome é constante, pois a quantidade de alimentos oferecida pelas dietas é pequena e privam o paciente de alimentos essenciais, podendo causar danos à saúde. Já com a reeducação alimentar (mudança dos hábitos), a pessoa pode se manter magra por toda a vida, com saúde, sem passar fome e comendo moderadamente (TUCUNDUVA, 2006).

Os programas de redução de peso mais bem-sucedidos integram orientações quanto à seleção de alimentos saudáveis e mudanças de estilo de vida, com a promoção de vida mais ativa. A ABESO (Associação Brasileira de Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica) propõe a reeducação alimentar com mudança de hábitos alimentares no lugar de dietas e regimes drásticos.

Reeducação Alimentar é o método mais saudável, sensato e seguro que existe para perder e manter peso. Não há sofrimento nem fome, nada é proibido, tudo é quantificado. No caso de abusos gastronômicos existem compensações, previne envelhecimento precoce e aumenta energia e é um programa que não dura uma semana, nem um mês, é para a vida toda. (STÜRMER, 2002, p. 31)

“Não existe forma de perder peso e, principalmente, mantê-lo estável, que não inclua a mudança dos hábitos alimentares e alguma atividade física regular.” (HALPERN, 2000).

As normas gerais do tratamento do obeso devem manter as três condições: uma dieta balanceada, exercícios físicos controlados e apoio emocional (individual e familiar). Assim as técnicas comportamentais podem modificar toda a situação familiar, facilitando a aderência ao tratamento e a modificação de hábitos inadequados (OLIVEIRA; PORTE, 2006, p. 136).

O emagrecimento é um dos temas mais abordados pelos meios de comunicação. É comum grupos de pessoas unirem-se em busca dos mesmos objetivos, compartilhando as dificuldades e servindo de estímulo uns para os outros. No Brasil existem vários grupos de emagrecimento baseados na reeducação alimentar que mostram, nas revistas, nos programas de televisão, e nos sites, histórias de vitórias de seus participantes.

Os profissionais de saúde das unidades básicas de saúde (UBS) do município de Juiz de Fora - MG organizam diferentes grupos educativos, como de hipertensos, diabéticos, direitos reprodutivos, entre outros (FRIEDRICH, 2005). Uma equipe multiprofissional com médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, trabalhando na atenção primária com o objetivo de reeducação alimentar, possibilitaria a instrução e promoção de novos hábitos alimentares aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com o propósito de uma melhor qualidade de vida. Vale salientar que, além dos profissionais tradicionalmente inseridos na atenção primária, o nutricionista é o profissional legalmente habilitado para implementar a educação nutricional (BOOG, 1996).

Em face da importância de o usuário ter acesso a orientações adequadas sobre alimentação, foi criado um grupo de reeducação alimentar composto por usuários com sobrepeso ou obesos de uma UBS desse município, com o propósito de verificar as dificuldades dessas pessoas na escolha de uma alimentação mais adequada e saudável. Essa iniciativa contou com a participação de um profissional de nutrição, sem o qual ela se tornaria inviável, além de enfermeiros e demais profissionais de saúde da UBS.

Nesta perspectiva o trabalho pretendeu contribuir para a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças relacionadas aos hábitos alimentares, utilizando-se a educação

em saúde<sup>1</sup> através da metodologia da problematização (BORDENAVE; PEREIRA, 2002) como estratégia do processo de intervenção para o desenvolvimento do grupo. Procurou-se estabelecer reflexões sobre as condições alimentares e nutricionais, a fim de promover uma melhora da qualidade de vida dos participantes.

Vale destacar que, conforme Copel (2006, p. 52),

O ensino em grupo é apropriado para algumas pessoas porque lhes permite não apenas receber informações necessárias, como também sentir-se seguras como membro de um grupo. Aquelas com problemas similares ou necessidades de aprendizado similares têm a oportunidade de identificar-se e ganhar apoio moral e encorajamento.

A reeducação alimentar tem um papel importante em relação ao processo de transformação e mudanças e à recuperação e promoção de hábitos alimentares saudáveis, e pode proporcionar conhecimentos necessários à tomada de decisão de formar atitudes, hábitos e práticas alimentares sadios. No Brasil, o Sistema Único de Saúde, consolidado por meio da Lei Orgânica de Saúde n.º 8080/90 (BRASIL, 1990), que visa criar as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, destaca a vigilância nutricional e alimentar como uma realização integrada das ações assistenciais, promocionais e preventivas.

As pessoas com doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, estão entre aquelas com maior necessidade de educação da saúde, pois esta pode ajudá-los a se adaptar à doença, evitar complicações, realizar a terapia prescrita e solucionar problemas quando confrontados com novas situações (COPEL, 2006, p.49).

O grupo foi conduzido por profissionais ou acadêmicos da área de saúde - enfermeira, acadêmicas de enfermagem, nutricionista e uma acadêmica de medicina - sob a orientação de uma professora de enfermagem.

O grupo de reeducação alimentar, além de habilitar o participante a escolher alimentos adequados, funciona como terapia em grupo, em que os participantes contam as suas experiências e dificuldades.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

O estudo teve como objetivo geral oportunizar às pessoas obesas de baixa renda acesso à reeducação alimentar, capacitando os participantes do grupo a fazer escolhas saudáveis em suas refeições, em busca de mais saúde, esperando-se como conseqüência o emagrecimento necessário para uma melhor qualidade de vida.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Constituíram-se como objetivos específicos:

- propiciar socialização aos participantes e a mudança do estilo de vida;
- orientar os participantes no preparo saudável dos alimentos de consumo habitual, de forma a potencializar a absorção dos nutrientes;
- orientar quanto à diminuição de consumo de alimentos altamente calóricos;
- incentivar os participantes a atividades físicas orientadas.

## 3 METODOLOGIA

O grupo educativo foi realizado pela equipe de saúde através de uma abordagem problematizadora. Segundo Bordenave e Pereira (2002, p. 126), tal abordagem é realizada por etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou de um recorte da realidade.

Berbel (1998, p.142) destaca que “a Metodologia da Problematização como metodologia de ensino, de estudo e de trabalho, é para ser utilizada sempre que seja oportuno, em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade.”

A reeducação alimentar é um tema relevante para a saúde pública e para a vida em sociedade, daí a opção por uma metodologia que permitiu aos alunos identificar em seus hábitos alimentares dificuldades, carências e discrepâncias que foram transformadas em problemas. A partir dessa análise reflexiva, os participantes foram estimulados a uma nova síntese: a da elaboração dos pontos essenciais que seriam discutidos sobre seus hábitos alimentares, para compreendê-los mais profundamente e encontrar formas de interferir na realidade para solucioná-los ou desencadear passos nessa direção (BERBEL, 1998).

O sobrepeso e a obesidade são problemas em comum para o grupo e há muito vêm incomodando seus participantes. Por meio destas discussões os temas da reeducação alimentar iam sendo trabalhados e poderiam ser apreendidos.

Segundo Sturmer (2002, p.35), que descreve a reeducação alimentar:

Os objetivos da reeducação alimentar são atender as necessidades nutricionais, de acordo com a faixa etária; permitir o máximo de prevenção pela alimentação correta; criar hábitos alimentares saudáveis; satisfação pessoal, familiar e social através de nutrição adequada; permitir o consumo de todos os alimentos na quantidade planejada (plano alimentar), de acordo com gostos e preferências individuais.

Foram realizados 19 encontros. Estes ocorriam semanalmente, incluindo, além das reflexões sobre o tema, a avaliação antropométrica dos participantes. As reflexões se

<sup>1</sup> A meta da educação da saúde consiste em ensinar as pessoas a viver da forma mais saudável possível, isto é, esforçar-se no sentido de atingir o seu potencial de saúde máximo. (COPEL, 2006, p. 49)



baseavam principalmente na vivência semanal dos integrantes quanto à alimentação. Estes dividiam suas dificuldades e suas vitórias, o que funcionava como incentivo e motivação.

Os critérios de inclusão dos participantes no grupo de reeducação alimentar foram: ser usuário da UBS onde se desenvolveu o projeto, ser maior de 18 anos e possuir IMC igual ou superior a 30. Foram selecionados dezesseis usuários.

A partir da análise do hábito alimentar de cada participante foram elaborados planos alimentares individualizados, que foram entregues aos participantes serem implementados ao longo do projeto.

Destacou-se para os participantes do projeto, o fato de este ser formador de pessoas capazes de entender o que é uma alimentação saudável, tornando-se assim, independentes de fórmulas de emagrecimento e dietas rigorosas.

O grupo teve início dia 24 de julho de 2006, quando todos os participantes foram pesados e medidos, além de serem orientados quanto à importância, aos objetivos e ao funcionamento do grupo de reeducação alimentar. As reuniões com o grupo seriam marcadas semanalmente.

Os participantes foram inicialmente submetidos a uma entrevista realizada pela nutricionista, seguindo um roteiro nutricional (APÊNDICE A). Além da entrevista, os hábitos alimentares dos participantes foram colhidos através de um diário alimentar (APÊNDICE B).

O roteiro nutricional ou histórico dietético refere-se a uma revisão do padrão alimentar habitual do indivíduo e às variáveis da seleção de alimentos para o consumo. Contempla fatores como apetite, saúde oral e do sistema digestivo, fatores econômicos e sociais e outros (KRAUSE; STUMP, 2002, p. 353).

Nesse mesmo dia os participantes foram instruídos sobre como fazer o diário alimentar e anotar tudo o que comessem nos dias agendados, inclusive quantidades e líquidos (água, sucos, refrigerantes), bem como as medidas caseiras utilizadas. O diário foi entregue na reunião seguinte, para que junto com a entrevista servisse de base para montar o plano alimentar de cada um.

O diário alimentar ou registro alimentar documenta a ingestão dietética conforme ela ocorre e é geralmente usado para pacientes não internados. Um registro alimentar é mais preciso se a anotação ocorrer concomitantemente com a ingestão do alimento. A ingestão do nutriente é calculada e feita a média no final do período desejável - três a sete dias (KRAUSE, 2002, p.354).

Na segunda reunião foram trabalhadas algumas dicas sobre a alimentação fundamentais para o emagrecimento, tais como, entre outras, comer de três em três horas, beber no mínimo dois litros de água por dia e não pular refeições.

Na terceira reunião houve a distribuição dos planos alimentares e a lista de substituição (APÊNDICE C), sendo explicados seus conteúdos.

A lista de substituição é um material importante no processo de reeducação alimentar, pois permite ao paciente ter autonomia de escolhas alimentares, impedindo a monotonia alimentar (KRAUSE; STUMP, 2002, p. 354).

As reuniões duravam duas horas, em média. As demais reuniões tiveram como tema os seguintes assuntos: importância

das fibras alimentares; importância do exercício físico; como distinguir entre fome e vontade de comer; como se livrar da gula; a importância da água; alimentos funcionais; preparo de alimentos, congelamento e descongelamento; conceito de colesterol; gorduras trans; pirâmide alimentar; distúrbios alimentares; orientações alimentares para diabéticos e hipertensos.

Ao final do mês de novembro de 2006 foram interrompidas as atividades, devido ao término do período letivo das acadêmicas de enfermagem e de medicina.

O grupo reiniciou no dia 10 de janeiro de 2007, com a permanência de alguns participantes que já faziam parte do grupo anterior e a entrada de novos participantes, todos usuários da UBS, totalizando 38 pessoas. Nesse dia foram preenchidas as fichas de acompanhamento de cada participante, já citadas anteriormente. Foram novamente explicados a importância e os objetivos do grupo de reeducação alimentar e seu funcionamento, havendo a troca de experiências entre os antigos e os novos participantes.

Desse dia em diante os encontros do grupo continuavam semanais, mas em outro dia. Nas reuniões, os integrantes continuavam dividindo suas dificuldades e suas vitórias em relação ao processo de reeducação alimentar, o que funcionava como motivação. Era trabalhado um tema por reunião, e ao final, era realizada a pesagem de cada um dos participantes.

O material de orientações básicas sobre alimentação foi elaborado pela enfermeira orientadora do projeto conjuntamente com as acadêmicas de enfermagem do projeto, a nutricionista, a enfermeira e a acadêmica de medicina colaboradoras do programa, a partir de hábitos alimentares dos participantes do grupo e de pesquisas na literatura científica especializada.

Alguns temas sobre alimentação foram retomados e outros foram introduzidos. Foram abordados: os benefícios da gelatina; lista de substituições dos alimentos; benefícios da água de coco; estratégias de modificação comportamental; importância e benefícios das fibras alimentares; benefícios dos sucos e das vitaminas; importância dos exercícios físicos; pirâmide alimentar; conceitos de calorias, colesterol, gorduras trans; importância das tabelas alimentares nas embalagens dos alimentos; importância da água; metabolismo orgânico; orientações alimentares para mulheres na menopausa; combinações certas dos alimentos e importância da vitamina C. Estes temas foram selecionados e preparados de tal forma que fornecessem orientações básicas sobre alimentação e contemplassem as necessidades dos participantes do grupo.

As atividades nos grupos eram executadas com a elaboração de cartazes e de testes de receitas culinárias, além da explanação do tema.

A adesão dos participantes, de modo geral, foi satisfatória. O reinício do grupo, em janeiro de 2007, contou com a inscrição de 38 pessoas. Durante o mês de janeiro, contamos com a participação de 18 pessoas. Nos meses de fevereiro, março, abril, maio e junho, 11 participantes. Em julho, finalizamos o grupo com 05 pessoas.

A utilização da metodologia da problematização não apresentou dificuldades significativas, pelo contrário, ajudou-nos muito a trabalhar a reeducação alimentar a partir das

necessidades e dificuldades apresentadas pelos participantes e de seus conhecimentos prévios.

Boog e Rodrigues (2006) aponta que o método de problematização é efetivo para ajudar os indivíduos a modificar a alimentação, já que resgata aspectos particulares da história de vida, bem como os determinantes sociais, políticos e culturais, e possibilita a reflexão. Seu trabalho, com 22 adolescentes obesos, apontou a perda parcial de peso destes. As dificuldades para maior perda de peso se devem à história pessoal dos participantes com uma carga de experiências negativas procedentes de atendimentos anteriores e ao fato de que não foram utilizadas técnicas de medição que permitissem avaliar alterações na proporção da massa magra e tecido adiposo.

Garcia (1999 *apud* RODRIGUES *et al.*, 2005) destaca as dificuldades de adesão ao processo de educação nutricional, pois ele não lida apenas com nutrientes, mas com todo o universo de interações e significados que compõem o fenômeno do comportamento alimentar.

Garcia (1999 *apud* RODRIGUES *et al.*, 2005, p. 12) define comportamento alimentar como

procedimentos relacionados às práticas alimentares de grupos humanos (o que se come, quanto, como, quando, onde e com quem se come; a seleção de alimentos e os aspectos referentes ao preparo da comida) associados a atributos sócio-culturais, ou seja, aos aspectos subjetivos individuais e coletivos relacionados ao comer e à comida [alimentos e preparações apropriadas para situações diversas, escolhas alimentares, combinação de alimentos, comida desejada e apreciada, valores atribuídos a alimentos e preparações e aquilo que pensamos que comemos ou que gostaríamos de ter comido.

#### 4 RESULTADOS

O trabalho desenvolvido com o grupo de reeducação alimentar permitiu conhecer a complexidade dos aspectos envolvidos no processo de reeducação com vistas à mudança dos hábitos alimentares e a um estilo de vida mais saudável, bem como, a importância de um trabalho desenvolvido por uma equipe multiprofissional de saúde integrada com os usuários. Vale destacar que as estratégias de ensino utilizadas e o conteúdo programático adotado possibilitaram tanto aos usuários, que participam do grupo, como a nós, profissionais, desenvolvermos uma reflexão a partir da realidade dos participantes e desencadear um processo de reflexão e conscientização.

O grupo contou com 38 pessoas inscritas, sendo que 22 permaneceram. Destas, nove perderam, três mantiveram e dez ganharam peso.

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho permitiu conhecer a complexidade dos aspectos envolvidos no processo de reorientação de hábitos alimentares e de estilo de vida e a importância de um trabalho integrado com a equipe multiprofissional de saúde e os usuários.

Vale destacar que as estratégias de ensino utilizadas possibilitaram, tanto ao educando como ao educador, desenvolverem uma reflexão a partir da realidade dos participantes, o que conduziu a um processo de reflexão e conscientização.

Em face da complexidade do tema abordado, recomenda-se que o grupo siga suas atividades com outros integrantes e continue sendo monitorado pela equipe de profissionais responsáveis pela sua efetivação, para que novos trabalhos sejam elaborados.

#### 5 REFERÊNCIAS

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br>>. Acesso em: 23 ago. 2006.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Rev. Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.

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

BORDENAVE, Juan Diaz; PEREIRA, Adair Martins. *Estratégias de ensino aprendizagem*. 25. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2002.

BOOG, Maria Cristina Faber. *Educação Nutricional em serviços públicos de saúde: busca de espaço para ação efetiva*. 1996. 298f. Tese (Doutorado em saúde pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BOOG, Maria Cristina Faber; RODRIGUES, Érika Marafon. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 225, n. 9, p. 923-931, maio 2006.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília, Senado Federal, 20 set. 1990.

CABRERA, Marcos Aparecido Sarria; JACOB FILHO, Wilson. Obesidade em Idosos: Prevalência, Distribuição e Associação Com Hábitos e Co-Morbidades. *Rev. Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 494-501, out. 2001.

COPEL, L. C. Educação da Saúde e Promoção da Saúde. In: SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, Brunner & Suddarth. 10. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006. v. 1, cap. IV, p.49-52.

CREDÍDIO, Edson. **Obesidade Fique Atenta!** Disponível em: <<http://www.planetanatural.com.br>>. Acesso em: 22 ago. 2006.

FRIEDRICH, D. B. de C. **O trabalho em Saúde: focalizando pessoas e processos nas equipes de Saúde da Família em Juiz de Fora**. 2005, 151 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

RODRIGUES et al. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 18, n. 1, p. 119-128, jan./fev. 2005.

HALPERN, Alfredo. **Pontos para o gordo!** 6. ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Record, 2000.

KRAUSE, Kathleen Mahan; STUMP, Sylvia Escott. Avaliação dietética e clínica. In: **KRAUSE: Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 10. ed. Rio de Janeiro, RJ: Rocca, 2002. p. 353-354.

OLIVEIRA, Paula Lopes da Silva; PORTE, Alexandre. Sobrepeso e obesidade em adolescentes de escolas do município de Valença-RJ. *Revista Nutrição Brasil*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 136 -143, maio/jun. 2006.

OMS: World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: OMS,1998.

PEREIRA, José Mearim; HELENE, Lúcia Maria Frazão. Reeducação alimentar e um grupo de pessoas com sobrepeso e obesidade: relato de experiência. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 7, n. 2, p. 32-38, jun. 2006.

SEGAL, Adriano. **Obesidade não tem cura, mas tem tratamento**. Rio de Janeiro, RJ: Lemos Editorial, 2004.

STÜRMER, Joselaine Silva. **Reeducação Alimentar: qualidade de vida, emagrecimento e manutenção da saúde**. 6. ed, Rio de Janeiro, RJ: Vozes, 2002.

TUCUNDUVA, Sonia Phillip. **Dieta do bom humor**. Rio de Janeiro, RJ: Panda Books, 2006.

VOLP, Ana Carolina Pinheiro; BRESSAN, Josefina Resende Monteiro. Terapêutica nutricional na diabetes. *Revista Nutrição Brasil*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 45-51, jan./fev. 2005.

## APÊNDICE A

### Roteiro clínico nutricional

Data:

Nome / sexo ( ):

Endereço:

Telefones: e-mail:

Data de nascimento:

Ocupação e grau de instrução:

Iniciativa própria ( ) ou indicação (nome: )

Motivo de consulta:

Tratamentos anteriores:

História individual (fase de ganho ou perda de peso, conceito de saúde, de beleza, necessidades em relação ao peso, representação do alimento):

### História familiar de doenças:

H.A.:

Dislipidemia:

Diabetes:

Problemas renais:

Doenças do sistema circulatório:

Outras doenças cardíacas:

Peso habitual (kg):

Peso atual (kg): altura

(m):

IMC atual: peso ideal (kg) (IMCF: IMCM: )

Peso esperado (kg):

% gordura atual:

Hábitos de vida atuais:

Fumo: ( ) sim ( ) não já fumou ( ), sobre a frequência

Bebida alcoólica (frequência, tipo):

Sono: quantas horas ( ) e como

Vida social (férias, descanso, participa de atividades sociais):

Tipo de personalidade: deprimido, compulsivo, agitado, nervoso...

Influi na alimentação?

Atividade física: ( ) não ( ) sim, tipo e frequência

Medicamentos e tratamentos:

Resultados de exames:

Alterações do aparelho digestivo (constipação, diarreia, hemorroidas, queimação, gases, gastrites, refluxo, soluços, vômitos...):

### Sobre a alimentação:

Como faz as refeições (sentado a mesa, tranquilo, conversa quem prepara...)

Usa sal a mesa:

Usa adoçante:

Usa diet/ligth:

Temperos e acompanhamentos nas grandes refeições:

Gorduras para preparo de refeições:

## APÊNDICE B

Anotar tudo, especificando tipo de alimento e quantidade, que for ingerido durante os dias indicados abaixo.

Terça-feira (dia/mês/ano):

Quinta-feira (dia /mês/ano):

Sábado (dia/mês/ano):

## APÊNDICE C

## Lista de Substituição (cada medida é uma porção)

**Grupo1 Leite: 01 copo médio (170 ml)**

Substituir por:

- Coalhada - ½ copo pequeno (50 ml)
- Leite em pó desnatado - 4 colheres de sopa média (35 g)
- Leite em pó (Tipo Ninho) - 2 colheres de sopa médias (25 g)
- Queijo tipo Minas - 2 Fatias finas (50 g)
- Queijo tipo Prato - 1 fatia média (30 g)
- Requeijão - 2 colh. sopa (40 g)
- Iogurte - 1 copo médio
- Ricota - 4 fatias finas (50 g)

**Grupo2 Manteiga: 2 colheres de chá rasas (5g)**

Substituir por:

- Creme de Leite - 1 colh. sopa (20g)
- Maionese - 1 colh. rasa (10g)
- Margarina - 2 colh chá (10 g)
- Patê - 1 col. sobrem (15g)
- Azeite: - 1 colher de chá

**Grupo 3 Pão: 1 unidade (50g)**

Substituir por:

- Granola diet (isenta de açúcar) - 2 colheres de sopa
- Aveia - 2 colheres de sopa
- Cream Cracker - 5 unidades
- Bolachinha salgada pequenas - 20 unidades
- Canjica - 4 colheres de sopa cheias
- Milho Verde - 1 espiga média
- Maisena - 4 colh. de sopa rasas, 4 biscoitos
- Pão de forma salgado - 2 fatias

- Pão integral centeio - 2 fatias
- Pipoca - 1 saco pequeno
- Torrada - 5 fatias peq. ou 2 grandes

**Grupo 6 Feijão cozido: 3 colheres de sopa=60g**

Substituir por:

- Ervilha cozida - Mesma quantidade
- Grão de Bico cozido - Metade da quantidade
- Lentilha cozida - Metade da quantidade
- Soja - Metade da quantidade
- Oleaginosas (amendoim, amêndoas) - Metade da quantidade

**Grupo 7 Arroz cozido: 1 colher de sopa=30g**

Substituir por

- Baroa - 1 pedaço pequeno
- Mandioca - ½ pedaço pequeno
- Angu - 1 colher de sopa
- Batata Doce - ½ pedaço pequeno
- Batata Inglesa - 1 unidade pequena
- Cará - 1 pedaço pequeno
- Empada - 1 unidade pequena
- Farinha de Mandioca - 1 colher de sopa rasa
- Farofa - ½ colher pequena
- Feijão cozido - 2 colheres de sopa
- Inhame - 1 pedaço pequeno
- Macarrão - 1 colher de sopa
- Milho em conserva - 1 colher de sopa
- Panqueca - ½ unidade pequena
- Pão de Trigo - 1 fatia pequena
- Pastel - 1 unidade pequena
- Pirão de farinha de mandioca - 1 colher de sopa

**Grupo 5 Carne: 1 porção (100g)**

Substituir por:

**Boi**

- Almôndega - 1 unidade média
- Bife - 1 bife pequeno
- Carne assada - 1 pedaço pequeno
- Carne moída - 2 colheres de sopa
- Hambúrguer - 1 unidade pequena

**Frango**

- Hambúrguer - 1 unidade
- Coxa sem osso - 2 unidades pequenas
- Peito - 1 pedaço pequeno

**Peixe**

- Filé ou posta - 1 pedaço médio
- Sardinha fresca - 2 unidades pequenas

**Porco**

- Lombo ou Pernil - 1 pedaço pequeno

**Outros**

- Carne Seca - 1 pedaço pequeno



- Salsicha	-1 unidade
- Fígado	- 1 bife pequeno
- Miúdos de galinha	- 2 colheres de sopa
- Ovo	-1 unidade

Vegetal A	Vegetal B	Vegetal C	Fruta A	Fruta B
Acelga	Abóbora	Mandioca	Abacaxi	Amora(10 unid)
Agrião	Abobrinha	Batata Baroa	Maracujá	Banana
Alface	Berinjela	Batata Doce	Caju	Caqui
Almeirão	Beterraba	Batata Inglesa	Laranja	Figo
Aspargo	Cenoura	Cará	Limão	Goiaba
Couve	Couve-flor	Inhame	Morango(10 unid)	Jabuticaba(10u)
Espinafre	Chuchu	Massas em geral, angu, farofa	Melão	Maçã
Palmito	Ervilha-fresca		Ameixa	Pêssego
Rabanete	Jiló		Melancia	Mamão
Repolho	Nabo		Mexirica	Manga
Tomate	Quiabo		Carambola	Pêra
Taioba	Vagem		Kiwi	Uva(10 unid)
Pepino, crus à vontade	Brócolis			
Refogado usar 4 colheres de sopa	1 porção(4 colheres de sopa=100g)	1 porção(3 colheres de sopa=100g)	1 porção(100g)	1 porção(100g) são +calóricas