



Universidade de Brasília - UnB

Faculdade de Ciências da Saúde - FS

Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana - PPGNH

MARINA CAVALCANTI GONTIJO

**Promoção de práticas alimentares saudáveis para
trabalhadores usuários de unidades de produção de
refeições: um estudo de intervenção, controlado.**

MARINA CAVALCANTI GONTIJO

Promoção de práticas alimentares saudáveis para trabalhadores usuários de unidades de produção de refeições: um estudo de intervenção, controlado.

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Nutrição Humana, pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana da Universidade de Brasília.

ORIENTADORA: Profa Dra Kênia Mara Baiocchi de Carvalho

Brasília – DF, 2010

Ficha catalográfica

MARINA CAVALCANTI GONTIJO

PROMOÇÃO DE PRÁTICAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS PARA TRABALHADORES USUÁRIOS DE UNIDADES DE PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO, CONTROLADO.

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Nutrição Humana, pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana da Universidade de Brasília.

BANCA EXAMINADORA

PRESIDENTE: Kênia Mara Baiocchi de Carvalho

Departamento de Nutrição – Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Brasília

2º MEMBRO: Maria de Fátima Alves Vieira

Departamento de Nutrição – Faculdade de Nutrição – Universidade Federal de Pelotas

3º MEMBRO: Elisabetta Gioconda Iole Giovanna Recine

Departamento de Nutrição – Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Brasília

4º MEMBRO (SUPLENTE): Karin Eleonora Sávio de Oliveira

Departamento de Nutrição – Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Brasília

À todos aqueles que colaboraram para o cumprimento desse trabalho e aos queridos mestres que me guiaram na vida acadêmica.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora Kênia, por acreditar na minha capacidade e me guiar durante essa caminhada, pelos anos de bom convívio e carinho que nos levou até aqui.

Às professoras do Centro de Pesquisa em Alimentação Saudável – CASA, Eliane e Marina, por possibilitarem que as idéias surgissem, que a curiosidade crescesse e que a vontade de saber mais e melhor fosse seguida. Pela amizade e carinho dedicados.

Ao meu marido, Marcio, pelo conforto nos momentos de cansaço, pelo carinho e pelas revisões ao conteúdo dessa dissertação, pelo apoio no último ano e ajuda reduzindo minha carga de atividades para que pudesse me dedicar ao mestrado. Por me fazer companhia, mesmo que silenciosa.

Aos meus pais, Pedro e Eliane, por me incentivarem a buscar a excelência em tudo aquilo que me proponho e por financiarem essa busca. Pelo amor incondicional e conselhos de uma vida inteira.

Aos meus irmãos, Pedro Henrique e Paulo, por estarem sempre dispostos a me ouvir, pelas perguntas perturbadoras que me fazem pensar em ângulos diferentes e pelos momentos de descontração.

Ao meu primo e grande amigo, Gabriel, pela consultoria estatística tão essencial, pelas noites dedicadas, pelas conversas e trocas de idéias virtuais e pelo ombro sempre à disposição.

Às nutricionistas Simone Guadagnin e Liane Noronha, pela excelente condução das atividades e supervisão cuidadosa da equipe. Pelo apoio essencial a essa pesquisa.

Às estagiárias do curso de nutrição da UnB, Munique Carvalho, Alessandra Mares, Kátia Godoy, Daiane Sousa e Ana Carolina Moraes, pela dedicação e carinho com o qual desempenharam todas as atividades solicitadas.

Às companheiras de empreitada, Caroline, Karina, Aline, Sarah e Mariana, que tanto me ajudaram com trocas de idéias e sugestões, além das conversas paralelas para aliviar as tensões.

Aos colegas do Inep, que sempre me deram apoio para seguir em frente. Em especial à colega Sandra Corrêa, pela revisão gramatical tão cuidadosa, e às colegas Célia Gedeon e Ana Carolina Cirotto, por entenderem minhas ausências e incentivarem a excelência.

À minha incansável Sisse, pela companhia incondicional, pelos tantos risos proporcionados e pelo afeto demonstrado diariamente.

Ao CNPq, por reconhecer a importância dessa pesquisa e, assim, financiá-la.

Ao Laboratório Sabin, por realizar as análises bioquímicas necessárias ao desenvolvimento da pesquisa.

À Capes, pela bolsa oferecida para que pudesse me dedicar ao projeto.

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”

Albert Einstein

“Conte-me e eu esqueço. Mostre-me e eu apenas me lembro. Envolve-me e eu compreendo.”

Confúcio

RESUMO

Objetivo: avaliar os efeitos em práticas alimentares, perda de peso e pressão arterial de um programa de aconselhamento nutricional de curto prazo, voltado para trabalhadores com excesso de peso. **Método:** estudo de intervenção realizado com trabalhadores que apresentavam excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{kg/m}^2$), captados em 6 empresas do Distrito Federal, aleatoriamente selecionadas para desenvolvimento de um programa de aconselhamento nutricional (GPr; $n=127$), com realização de 6 sessões educativas, totalizando 9h de intervenção ou de palestras (GPa; $n=113$), com apresentação de duas palestras sobre o tema alimentação saudável. Foram coletadas informações de doenças autorreferidas e aferidos o índice de massa corporal ($IMC; \text{kg/m}^2$) e a pressão arterial sistólica e diastólica (PAS;PAD). Foram avaliados os efeitos nas práticas alimentares com aplicação de questionário de frequência alimentar e dados sobre o número de refeições, consumo de frutas, hortaliças e frituras e adição de sal às refeições prontas. **Análise dos dados:** Utilizou-se o programa SPSS, versão 16.0 para aplicação dos testes t de Student, qui-quadrado, teste do sinal. Foi realizada análise de regressão logística para investigar a chance dos participantes que adotaram determinadas práticas alimentares saudáveis terem pertencido ao GPr. Resultados foram considerados estatisticamente significativos se $p < 0,05$. **Resultados:** Os grupos eram semelhantes ($IMC = 31,4 \pm 7,3$ e $30,2 \pm 4,8 \text{Kg/m}^2$, GPr e GPa, respectivamente, $p = 0,236$), exceto pela frequência de mulheres (69% no GPr e 56% no GPa, $p = 0,042$). Mais de 40% dos participantes não compareceram a pelo menos 50% das atividades programadas, sendo que entre os que apresentaram maior participação, observou-se maior prevalência de comorbidades autorreferidas. Não houve diferença significativa entre os grupos com relação às variações de IMC e PA durante intervenção, apesar da redução significativa, intra grupos, do consumo energético. Nas análises intra grupos observou-se, ainda, redução significativa da PAD, apenas no GPr ($81,8 \pm 11,0$ e $79,2 \pm 10,8 \text{mmHg}$; antes e depois, respectivamente; $p = 0,004$). Ao final da intervenção, para o GPr, houve aumento da prevalência de participantes com fracionamento adequado das refeições, não adição de sal às refeições prontas, consumo raro de frituras e regular de frutas e de hortaliças. No GPa, entretanto, a melhora significativa foi observada apenas para as duas primeiras práticas alimentares. Na regressão logística multivariada, controlada para sexo, entre os participantes que apresentaram consumo regular de frutas e hortaliças ao final da intervenção, observou-se uma razão de chance significativa e superior a 5 vezes, destes indivíduos terem composto o GPr. **Conclusões:** O programa de aconselhamento nutricional não promoveu, em curto prazo, melhora nas condições de saúde de trabalhadores com excesso de peso. Contudo, observou-se melhora nas práticas alimentares, particularmente quanto ao consumo regular de frutas e hortaliças, a partir do GPr, quando comparado a intervenção padrão do GPa. **Palavras-chave:** aconselhamento nutricional, alimentação saudável, práticas alimentares, trabalhadores, efeito.

ABSTRACT

Objectives: to evaluate the effects on feeding practices, weight loss and blood pressure of a short-term nutritional counseling program, aimed at workers with excess weight. **Methods:** intervention study conducted with workers whom were overweight ($BMI \geq 25 \text{kg/m}^2$), enlisted from 6 companies in Federal District, which were randomly allocated to a nutritional counseling program (GPr, $n=127$), with 6 educational sessions, totaling 9 hours intervention, or lectures (GPa, $n=113$), presenting two lectures on healthy eating. Data on self-referred diseases were collected and body mass index (BMI, kg/m^2) and systolic and diastolic blood pressure (SBP and DBP) were measured. The effects on feeding practices were evaluated by applying a food frequency questionnaire and with data on number of meals, consumption of fruits, vegetables and fried foods and added salt to meals. **Data analysis:** SPSS software, version 16.0, was applied for Student t, chi-squared and signal tests. Logistic regression analysis was performed to investigate the chances of certain participants who adopted healthy eating habits have belonged to GPr. Results were considered statistically significant if $p < 0.05$. **Results:** groups were similar ($BMI = 31.4 \pm 7.3$ and $30.2 \pm 4.8 \text{kg/m}^2$, GPr and GPa, respectively, $p=0.236$), except for the frequency of women (69% in GPr and 56 % in GPa, $p=0.042$). Over 40% of participants attended less than 50% of scheduled activities and, among those who had greater participation, we observed a higher prevalence of self-reported comorbidities. There was no significant difference between groups with respect to variations in BMI and BP, despite the significant reduction in intra groups, and energy consumption during intervention. An intra group analysis revealed significant reduction in DBP only in GPr (81.8 ± 11.0 and $79.2 \pm 10.8 \text{mmHg}$, before and after, respectively, $p=0.004$). At the end of the intervention, for GPr, there was increased prevalence of participants with appropriate number of meals, no added salt to meals, rare consumption of fries and regular of fruit and vegetables. In GPa, however, significant improvement was observed only for the first two feeding practices. In multivariate logistic regression, controlled for sex, among participants who had regular consumption of fruits and vegetables at the end of the intervention, we observed a significant odds ratio and greater than 5 times, that these individuals have followed up the GPr. **Conclusions:** the nutritional counseling program hasn't promoted, in short term, improvement in health conditions of workers with excess weight. However, there was improvement in feeding practices, particularly regarding the regular consumption of fruits and vegetables, from the GPr compared to the standard intervention of GPa. **Keywords:** nutritional counseling, healthy nutrition, feeding practices, workers, effect.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 do artigo. Processo de amostragem e perdas durante o programa de intervenção nos grupos de aconselhamento nutricional (GPr) e palestra (GPa). Brasília, DF, 2008. | 46 |
| Quadro 1. Conteúdo programático do aconselhamento nutricional em grupo e das palestras educativas para trabalhadores com excesso de peso. Brasília, DF, 2008..... | 36 |
| Quadro 1 do artigo. Conteúdo programático do aconselhamento nutricional em grupo (GPr) e das palestras (GPa) para trabalhadores com excesso de peso. Brasília, DF, 2008. | 44 |
| Tabela 1. Cálculo amostral..... | 32 |
| Tabela 1 do artigo. Perfil sócio demográfico, parâmetros de saúde e nível de atividade física (%) dos grupos Programa de aconselhamento nutricional (GPr) e Programa de palestras educativas (GPa), segundo amostra inicial, final e nível de participação*. Brasília, DF, 2008..... | 47 |
| Tabela 2 do artigo. Antropometria, pressão arterial e consumo alimentar – energia, macronutrientes e fibras – (média ± desvio padrão) antes e após intervenção nos grupos programa de aconselhamento nutricional (GPr) e programa de palestras educativas (GPa). Brasília, DF, 2008..... | 48 |
| Tabela 3 do artigo. Frequência de adoção de práticas alimentares saudáveis (%) antes e após intervenção nos grupos programa de aconselhamento nutricional (GPr) e programa de palestras educativas (GPa). Brasília, DF, 2008. | 49 |
| Tabela 4 do artigo. Razão de chances (RC) das práticas alimentares saudáveis serem provenientes de participantes do programa de aconselhamento nutricional em grupo para trabalhadores*. Brasília, DF, 2008..... | 50 |
| Tabela 2. Consumo alimentar avaliado pela ingestão energética, macronutrientes, perfil de ácidos graxos e sódio (média ± DP) antes e após programa de aconselhamento nutricional (GPr) e programa de palestras educativas (GPa). Brasília, DF, 2008..... | 61 |
| Tabela 3. Perfil bioquímico (média ± DP) antes e após programa de aconselhamento nutricional (GPr) e programa de palestras educativas (GPa). Brasília, DF, 2008..... | 62 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| Resumo | i |
| Abstract..... | ii |
| Lista de figuras, quadros e tabelas..... | iii |
| Apresentação | 7 |
| 1. Introdução..... | 10 |
| 2. Revisão da literatura | 13 |
| 2.1. Promoção da saúde e qualidade de vida | 13 |
| 2.2. Alimentação saudável | 14 |
| 2.3. Práticas alimentares e fatores associados | 16 |
| 2.4. Mudanças das práticas alimentares..... | 18 |
| 2.5. Aconselhamento e educação nutricional..... | 22 |
| 2.6. Diretrizes para planejamento de programas de educação nutricional..... | 23 |
| 2.7. Repercussões de intervenções nutricionais..... | 26 |
| 3. Objetivos | 30 |
| 3.1. Objetivo geral..... | 30 |
| 3.2. Objetivos específicos..... | 30 |
| 4. Métodos..... | 32 |
| 4.1. Tipo de estudo e período de realização | 32 |
| 4.2. Cálculo amostral..... | 32 |
| 4.3. Local, população e formação dos grupos de estudo..... | 32 |
| 4.3.1. Critérios de inclusão de participantes | 33 |
| 4.3.2. Critérios de exclusão de participantes..... | 33 |
| 4.4. Instrumentos..... | 33 |
| 4.5. Antropometria e aferição da pressão arterial..... | 34 |
| 4.5.1. Procedimentos para peso..... | 34 |
| 4.5.2. Procedimentos para estatura..... | 34 |
| 4.5.3. Procedimentos para circunferência da cintura | 34 |
| 4.5.4. Procedimentos para aferição da pressão arterial | 35 |
| 4.6. Intervenção: grupo programa (GPr) e grupo palestra (GPa)..... | 35 |
| 4.7. Análise dos dados..... | 37 |
| 5. Resultados e discussão: artigo | 40 |
| 5.1. Efeito nas práticas alimentares e na saúde de trabalhadores com excesso de peso, participantes de um programa de aconselhamento nutricional de curto prazo..... | 40 |

| | | |
|--------|--|----|
| 5.2. | Resumo | 40 |
| 5.3. | Introdução..... | 41 |
| 5.4. | Métodos..... | 42 |
| 5.4.1. | <i>Tipo de estudo</i> | 42 |
| 5.4.2. | <i>População de estudo</i> | 42 |
| 5.4.3. | <i>Métodos e técnicas</i> | 43 |
| 5.4.4. | <i>Análise de dados</i> | 44 |
| 5.5. | Resultados..... | 45 |
| 5.6. | Discussão..... | 50 |
| 5.7. | Implicações para a pesquisa e a prática..... | 54 |
| 5.8. | Referências..... | 55 |
| 6. | Resultados complementares | 60 |
| 7. | Conclusões e recomendações..... | 64 |
| 8. | Referências bibliográficas | 66 |
| 9. | Apêndices..... | 73 |
| 9.1. | Termo de consentimento livre e esclarecido | 73 |
| 9.2. | Questionário geral 1ª coleta | 74 |
| 9.3. | Questionário geral 2ª coleta | 78 |
| 9.4. | Questionário de frequência de consumo alimentar | 80 |
| 9.5. | Roteiro do programa de aconselhamento nutricional..... | 84 |
| 9.5.1. | <i>Programa de atividades</i> | 84 |
| 9.5.2. | <i>Roteiro para condução do programa</i> | 85 |

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado que avalia um programa de curto prazo de intervenção em trabalhadores, usuários de unidades de produção de refeição no DF, visando a promoção de práticas alimentares saudáveis e redução de fatores de risco cardiovasculares, foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Esse texto se organiza em 10 capítulos conforme descritos a seguir.

O primeiro capítulo traz uma introdução ao tema, ressaltando a sua relevância, justificando o seu desenvolvimento.

O segundo capítulo apresenta uma revisão da literatura. Essa revisão compreende inicialmente informações sobre a promoção da saúde e qualidade de vida, identificando como o tema é abordado atualmente. Em seguida, o capítulo aborda a alimentação saudável, acerca de seus conceitos e recomendações atuais. Na sequência, abordam-se as características das práticas alimentares atuais e os fatores determinantes do padrão alimentar. O capítulo é finalizado com informações sobre diretrizes para o planejamento de programas de educação nutricional e as repercussões de intervenções.

Os objetivos gerais e específicos do estudo são apresentados no terceiro capítulo, enquanto a descrição detalhada dos materiais e métodos utilizados é feita no quarto capítulo do volume.

No quinto capítulo são apresentados os principais resultados e discussões da pesquisa. Nesse capítulo, utilizou-se o formato de artigo científico, de acordo com as recomendações do Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana/FS/UnB. A elaboração do artigo seguiu as normas de publicação da revista *Journal of Nutrition Education and Behavior* (JNEB), uma vez que se pretende submetê-lo a esse periódico. Nesta versão, o artigo é apresentado em língua portuguesa. Ressalta-se, entretanto, que apesar deste formato ser prático e vantajoso para o Programa e para o aluno, ele gera algumas repetições de informações já apresentadas nos capítulos anteriores (revisão da literatura, objetivos e métodos). Isso acontece porque as etapas que embasaram o estudo precisam ser apresentadas de forma completa na dissertação, contudo, a limitação de espaço característica dos artigos científicos, não permitiria que todas essas informações estivessem nele contidas.

Essa restrição de espaço no formato de artigo também limita os resultados que podem ser apresentados. Assim, desenvolveu-se um sexto capítulo, chamado de resultados complementares, uma vez que compreende alguns resultados julgados relevantes que não foram incluídos no artigo.

Por fim, no sétimo capítulo são apresentadas as conclusões e as recomendações do estudo. A lista de bibliografia consultada e os apêndices, com os instrumentos utilizados na pesquisa, constam ao final do texto, capítulos oitavo e nono, respectivamente.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas um grave problema de saúde pública mundial. Em 2001, foram responsáveis por aproximadamente 60% dos 56,5 milhões de mortes em todo o mundo e por 46% da carga global de doenças. Até o ano de 2020, acredita-se que esse valor aumentará para 57%. Metade dos óbitos por doenças crônicas é atribuída às doenças cardiovasculares, à obesidade e diabetes (FAO/WHO, 2003; OMS, 2003).

A carga de DCNT tem um impacto não apenas na qualidade de vida dos indivíduos afetados e suas famílias, mas também na estrutura socioeconômica dos países. A estimativa da Organização Mundial de Saúde é de que a perda do produto nacional seja dramática em diversos países. É estimado que o Brasil perca cerca de 49 bilhões de dólares entre 2005 e 2015 como resultado da carga de DCNT (WHO/WEF, 2008).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT coexistem e interagem entre si, como o excesso de peso corpóreo, a presença de níveis elevados de pressão arterial, a intolerância à glicose, a resistência à insulina, a obesidade central, o aumento das taxas de colesterol plasmático, além do comportamento de risco, como o baixo consumo de frutas e verduras, sedentarismo e tabagismo (OMS, 2003). A morbidade e mortalidade relacionadas à obesidade aumentam de forma alarmante e exponencial a partir do IMC 30 Kg/m² e estudos indicam que esses indivíduos apresentam 37% de predisposição para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Borges et al, 2003).

O padrão alimentar da população brasileira tem sido caracterizado pelo consumo de alimentos com alta densidade calórica, ricos em gorduras saturadas de origem animal, açúcares e alimentos refinados, associados a um baixo consumo de frutas e hortaliças, carboidratos complexos e fibras. Estudo realizado por Oliveira (2002) mostrou que, entre os usuários do Programa de Alimentação dos Trabalhadores (PAT) no Distrito Federal, 43% apresentavam excesso de peso – 9,3% com obesidade –, com maiores percentuais no sexo masculino. Além disso, os usuários apresentavam baixo consumo de fibras, um elevado consumo de colesterol, além de um percentual calórico proveniente de proteínas acima do recomendado, em todas as faixas etárias e níveis de Índice de Massa Corporal (IMC).

Para melhorar o nível de saúde dessa população é preciso promover estilo de vida mais saudável, especialmente relacionado à alimentação, o que vem sendo descrito em vasta literatura oficial que desenham as Políticas Nacionais de Saúde (PNS). A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), componente das PNS, tem como diretrizes a promoção de práticas alimentares saudáveis, a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e doenças associadas à alimentação e nutrição, o monitoramento da

situação alimentar e nutricional, a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país, o desenvolvimento de pesquisas e recursos humanos, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos. Os programas e ações em alimentação e nutrição do Ministério da Saúde, além de publicações técnicas como O Guia Alimentar para a População Brasileira são exemplos de iniciativas que visam contribuir para a prevenção e controle das DCNT, promovendo o consumo de uma alimentação saudável e a adoção de modos de vida saudáveis. O Guia Alimentar para a População Brasileira, entre outros objetivos, traz as diretrizes alimentares oficiais traçadas para a prevenção de DCNT (Brasil, 2006).

É possível mudar comportamentos em saúde de uma parcela da população ao conduzir intervenções em ambientes de trabalho (WHO/WEF, 2008; LABORSTA, 2009). Esse ambiente foi reconhecido como apropriado para a promoção da saúde internacionalmente desde 1950, a partir de diversas cartas e declarações, inclusive a Carta de Ottawa, resultado da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1986, a Declaração de Jacarta, resultado da Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1997, e a Carta de Bangkok, resultado da Sexta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 2005 (WHO/WEF, 2008).

Atualmente, empresas têm buscado maneiras de melhorar a saúde do seu trabalhador por meio de palestras educativas. Entretanto, parece não haver estudo que tenha demonstrado a eficácia desse tipo de ação. Por outro lado, as experiências bem sucedidas de aconselhamento nutricional buscam envolver todos os atores do processo, enfatizando não apenas conhecimento, mas mudança de comportamento, porém ainda carecem de um controle metodológico e bons critérios de avaliação dos resultados.

O desenho do presente estudo justifica-se pela alta prevalência de excesso de peso e comorbidades associadas entre os trabalhadores e a tentativa de aprimorar os conhecimentos e atitudes desta população, relacionadas às práticas alimentares e estilo de vida mais saudável, em intervenção conduzida no próprio ambiente de trabalho. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e dispôs de financiamento do CNPq.

É neste contexto que se insere o presente trabalho: a aplicação de metodologia educativa interativa, para trabalhadores portadores de excesso de peso e risco de DCNT que estimule escolhas mais saudáveis em diferentes situações cotidianas. A avaliação da intervenção baseia-se na repercussão clínica e comportamental deste modelo, comparada a intervenção padrão com palestras educativas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

O tema da influência da saúde sobre as condições e a qualidade de vida, e vice-versa, tem sido discutido desde muitos anos atrás. Segundo Buss (2000), McKeown e Lowe, autores da área de medicina social, afirmam em um livro clássico publicado em 1989 que melhorias na nutrição no século XIX e na primeira metade do século XX foram importantes fatores responsáveis pela redução da mortalidade na Inglaterra e País de Gales. Eventos científicos e documentos oficiais na área de saúde coletiva, epidemiologia e ciências sociais e saúde produzidos nos últimos anos tendem a ratificar a forte associação entre alimentação, nutrição e o estado de saúde da população.

A promoção da saúde está incluída no nível primário de prevenção, relacionado à saúde e ao bem-estar dos indivíduos. O conceito de saúde foi afirmado na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata, como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e um direito humano fundamental (Ferreira e Magalhães, 2007; Buss, 2000). O conceito moderno de promoção da saúde surgiu e se desenvolveu com maior força nos últimos trinta anos. Quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas entre 1986 e 1997 – em Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Jacarta –, desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde (Buss, 2000).

A partir dos anos 1980 configurou-se a noção de que qualidade de vida envolve diferentes dimensões. No início da década de 1990 começa a consolidar-se o consenso de que a qualidade de vida é subjetiva, ou seja, trata-se da percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre aspectos não médicos do seu contexto de vida. Frequentemente, os termos qualidade de vida e estado de saúde aparecem como sinônimos na literatura. Porém, aspectos psicológicos são mais relacionados à qualidade de vida, enquanto aspectos físicos ao estado de saúde (Seidl e Zannon, 2004). Para prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, a promoção da saúde passou a associar-se ao ambiente físico e aos estilos de vida, e não mais voltada exclusivamente para indivíduos e famílias (Buss, 2000).

Embora a relação entre qualidade de vida e saúde vem sendo demonstrada fortemente, restam muitas questões a serem resolvidas quanto à investigação desse tema. As intervenções do setor saúde sobre a população que possam influenciar favoravelmente a qualidade de vida de forma mais eficaz, por exemplo, ainda precisam de mais estudos.

Segundo Ferreira e Magalhães (2007), ações de promoção da saúde necessitam de espaços democráticos e participativos, que permitam uma aproximação à realidade dos indivíduos e das

populações. É preciso superar a relação hierárquica entre o profissional e o indivíduo e garantir condições para que a população possa exercer sua autonomia decisória.

Os procedimentos para a promoção da saúde incluem um bom padrão de nutrição, ajustado às várias fases do desenvolvimento humano. A Declaração de Adelaide, produzida na II Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1988 na Austrália, destacou a alimentação e nutrição como uma das áreas prioritárias para a promoção da saúde.

2.2. ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Não só os estudiosos reconhecem que um nível ótimo de saúde depende da nutrição como também a população, de maneira geral, indica a alimentação saudável como uma medida fundamental para manter uma vida saudável, demonstrando uma preocupação em relação à necessidade de manter uma boa alimentação (Siqueira et al, 2009; Sichieri et al, 2000).

A alimentação não se delinea enquanto uma “receita” pré-concebida e universal para todos, pois está associada a alguns atributos coletivos e individuais impossíveis de serem quantificados de maneira prescritiva. Contudo, é possível identificar alguns princípios básicos que devem reger a relação entre as práticas alimentares e a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Uma alimentação saudável deve ser baseada em práticas alimentares assumindo a significação social e cultural dos alimentos como fundamento básico conceitual. A alimentação se dá em função do consumo de alimentos que têm gosto, cor, forma, aroma e textura. Todos estes componentes precisam ser considerados na abordagem nutricional, sem que os alimentos sejam resumidos a veículos de nutrientes. O alimento como fonte de prazer também é uma abordagem necessária para promoção da saúde (Brasil, 2006).

Assim, uma proposta de alimentação saudável, para prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, deve propor dietas que estejam ao alcance da sociedade como um todo, e que tenham um impacto sobre os mais importantes fatores relacionados às várias doenças (Sichieri et al, 2000). Ela deve favorecer, de um modo geral, o deslocamento do consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos mais saudáveis, respeitando a identidade cultural-alimentar das populações ou comunidades.

São citados como alimentos saudáveis as frutas, legumes e verduras. Para Figueiredo (2008), esses alimentos são importantes na composição de uma dieta saudável por serem fontes de micronutrientes, fibras e outros componentes com propriedades funcionais, além de terem baixa densidade energética, o que favorece a manutenção do peso saudável.

Estudo realizado por Sichieri (2002) na cidade do Rio de Janeiro identificou três padrões distintos de consumo na população: padrão misto, quando todos os grupos de alimentos e itens têm aproximadamente a mesma representatividade – exceto para arroz e feijão; padrão tradicional, que se baseia principalmente em arroz e feijão; e padrão Ocidental, onde a gordura e o açúcar de adição são os principais componentes e o arroz e o feijão representam muito pouco da dieta. Em outro estudo de Sichieri et al (2003), comparando a Região Nordeste do Brasil com a Região Sudeste, observou a presença marcante dos dois primeiros padrões alimentares citados. Nesses estudos, o padrão tradicional de dieta foi o único relacionado com um IMC reduzido, indicando um papel protetor desse tipo de dieta.

Consolidou-se na década de 1990 o consenso de que as recomendações que buscam a prevenção das doenças se baseiam em padrões alimentares semelhantes àqueles utilizados tradicionalmente em muitas regiões do mundo possuidoras de uma cultura alimentar consolidada e onde as pessoas não convivem com situações de insegurança alimentar e nutricional. Segundo relatórios que referenciam o Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2006), essas dietas apresentam as seguintes características:

- São ricas em grãos, pães, massas, tubérculos, raízes e outros alimentos com alto teor de amido, preferencialmente na sua forma integral.
- São ricas e variadas em frutas, legumes e verduras e em leguminosas (feijões) e outros alimentos que fornecem proteínas de origem vegetal.
- Incluem pequenas quantidades de carnes, laticínios e outros produtos de origem animal.
- Em consequência, contêm fibras alimentares, gorduras insaturadas, vitaminas, minerais e outros componentes bioativos. Contêm também baixos teores de gorduras, açúcares e sal.

Para o Ministério da Saúde Brasileiro (2006), uma alimentação saudável apresenta alguns atributos básicos. São eles:

- Acessibilidade física e financeira;
- Sabor agradável;
- Variedade de tipos de alimentos;
- Cor variada;
- Harmonia entre quantidade e qualidade e a fase da vida;
- Segurança sanitária.

Já a OMS (2004), recomenda em sua Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde que uma dieta adequada deve:

- Manter o equilíbrio energético e o peso saudável;
- Limitar a ingestão energética procedente de gorduras; substituir as gorduras saturadas por insaturadas e eliminar as gorduras trans (hidrogenadas).
- Aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras, cereais integrais e leguminosas (feijões).
- Limitar a ingestão de açúcar livre.
- Limitar a ingestão de sal (sódio) de toda procedência e consumir sal iodado.

Assim, para uma alimentação saudável, todos os grupos de alimentos devem compor a dieta diária, que deve fornecer água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais. Nenhum alimento específico – ou grupo deles isoladamente –, é suficiente para fornecer todos os nutrientes necessários a uma boa nutrição e conseqüente manutenção da saúde.

O consumo de vários tipos de alimentos que forneçam os diferentes nutrientes necessários para o organismo é indicado para evitar a monotonia alimentar. A variedade das cores também é indicada como forma de garantir a variedade principalmente em termos de vitaminas e minerais, e também a apresentação atrativa das refeições, destacando o fomento ao aumento do consumo de alimentos saudáveis como legumes, verduras e frutas e tubérculos em geral (Brasil, 2005).

2.3. PRÁTICAS ALIMENTARES E FATORES ASSOCIADOS

O padrão alimentar dos indivíduos é um importante condicionante da morbimortalidade por doenças crônicas ao longo de todas as fases do curso de vida. É da natureza dos padrões de consumo alimentar a sua maior ou menor capacidade de geração da saúde. Em outras palavras, determinadas práticas alimentares, que constituem a alimentação saudável, são fatores protetores à saúde (Sichieri et al, 2003; Marinho et al, 2007).

O comportamento alimentar é complexo, incluindo determinantes externos e internos ao sujeito. Apesar dos contrastes econômicos e socioculturais entre países pobres e ricos, as tendências observadas através de estudos epidemiológicos sobre consumo alimentar assinalam a reprodução de características similares, ou seja, o padrão alimentar antes característico dos países desenvolvidos é atualmente uma preocupação também dos países em desenvolvimento. A opção por facilidades que poupam tempo de

preparo e diminuem a frequência das compras é característica do indivíduo urbano contemporâneo (Garcia, 2003).

Na América Latina, inclusive o Brasil, padrões alimentares tradicionais estão sendo substituídos. Tradicionalmente, para a maior parte da população brasileira, até meados do século XX, a alimentação habitual consistia basicamente de cereais, leguminosas e tubérculos, combinados a pequenas quantidades de alimentos de origem animal.

Porém, nas últimas três décadas, a alimentação tipicamente brasileira tem sofrido mudanças em direção à alimentação dos países desenvolvidos (Marinho et al, 2007). Essas modificações são caracterizadas por diminuição da participação na dieta dos alimentos básicos e pelo aumento do consumo de carnes e leite e derivados e de alimentos industrializados ricos em gordura, açúcar e sal. A participação de frutas e hortaliças no consumo alimentar da população brasileira, entretanto, manteve-se estagnada e bastante inferior ao consumo mínimo diário recomendado de 400 gramas (Brasil, 2007; Brasil, 2008). Isso tem contribuído com um aumento na prevalência de doenças crônicas relacionadas à má-alimentação (Bermudez e Tucker, 2003).

De acordo com os resultados de um estudo realizado em cinco cidades brasileiras, o arroz e o feijão ocuparam a primeira e quarta posição entre os 16 que fornecem até 80% da energia consumida, em ordem decrescente de prioridade, para os indivíduos de renda menor. Para aqueles com maior renda, esses alimentos estavam, respectivamente, em segundo e décimo segundo lugar. A diferença por nível salarial expressa a redução no consumo de alimentos tradicionais, como o arroz e o feijão, principalmente pelas famílias de renda maior. Comparando os resultados com pesquisas anteriores, nota-se o aumento no consumo de produtos industrializados pelo brasileiro, como refrigerantes, macarrão, bolacha doce e salgada, leite condensado, margarina, salsicha, leite em pó, maionese, chocolate e pão de forma (Garcia, 2003).

Estudos têm demonstrado que atualmente o brasileiro apresenta um padrão de consumo insuficiente para a prevenção de doenças crônicas. Vinholes et al (2009) realizaram na cidade de Pelotas-RS uma avaliação de frequência de hábitos alimentares saudáveis tendo como base os 10 Passos para uma Alimentação Saudável do Ministério da Saúde. Esse estudo mostrou que 1,1% da população seguia os 10 passos de uma alimentação saudável, a média era cumprir 6 passos dos indicados. Pouco mais da metade dos adultos consumia frutas, legumes e verduras diariamente. O consumo de feijão foi considerado elevado pelos autores, uma vez que mais de 70% dos participantes relataram consumir o alimento pelo menos 4 vezes por semana. Menos da metade dos indivíduos consumia alimentos gordurosos no máximo uma vez por semana. Cerca da metade dos participantes consumia 3 refeições diárias e um lanche. A

recomendação mais seguida foi a não adição de sal às refeições já prontas. A adesão à maioria dos passos propostos foi mais frequente em mulheres, em indivíduos mais velhos e com menor escolaridade. Os autores consideraram baixa a frequência de hábitos saudáveis de alimentação nessa população.

Os resultados da pesquisa Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) Brasil 2006 (Brasil, 2007) demonstraram que o consumo regular (em cinco ou mais dias da semana) de frutas, hortaliças e frutas e hortaliças em conjunto tende a ser bem mais frequente no sexo feminino. A idade e a escolaridade se mostraram fatores positivamente relacionados a esse consumo. Nesse estudo, o consumo de carnes com excesso de gordura aparentemente foi maior entre os homens e entre indivíduos de menor idade e nível de escolaridade, repetindo-se o resultado para o consumo de leite integral. Nas pesquisas Vigitel Brasil 2007 e 2008 (Brasil, 2008; Brasil, 2009) os resultados se mostraram semelhantes para a maioria dos alimentos avaliados, demonstrando uma consistência da informação coletada. Nessas duas últimas pesquisas foi incluído o consumo de refrigerantes com açúcar, que manteve o padrão de consumo semelhante às carnes com excesso de gordura e ao leite integral. Os resultados desses estudos evidenciam que há uma maior tendência na população brasileira entre as mulheres, pessoas mais velhas e pessoas com maior escolaridade em manter uma alimentação mais saudável.

Confirmando esta tendência, em estudo realizado na cidade de São Paulo por Figueiredo et al (2008), as mulheres apresentaram maior frequência de consumo de frutas, legumes e verduras do que os homens e a maior frequência de consumo ocorreu entre indivíduos mais velhos e entre aqueles com maior escolaridade, em ambos os sexos. Os autores descrevem que essa correlação entre o consumo de frutas, legumes e verduras a idade e a escolaridade foi observada por pelo menos mais outros 3 estudos. Nesse estudo foi observado que o consumo de frutas, legumes e verduras está, em média, abaixo do recomendado.

Já em estudo similar realizado na cidade de Pelotas por Neutzling et al (2009) evidenciou que o consumo regular de frutas, legumes e verduras (pelo menos 5 vezes por semana) tem baixa prevalência (apenas 1/5 dos entrevistados). Mais uma vez, tanto pertencer a um nível socioeconômico maior, quanto possuir mais idade mostraram-se diretamente associados com a frequência de consumo de frutas, legumes e verduras.

2.4. MUDANÇAS DAS PRÁTICAS ALIMENTARES

A associação entre a dieta e algumas doenças não transmissíveis tem levado a sociedade a se preocupar em realizar mudanças nos padrões alimentares. As mudanças nas práticas alimentares necessárias para

uma alimentação mais saudável devem ser baseadas na escolha e preparo dos alimentos (Marinho et al, 2007).

Acredita-se que os efeitos da globalização e da urbanização nos suprimentos de alimentos têm influenciado os padrões alimentares e o estilo de vida de grupos populacionais tradicionais em todo o mundo (Bermudez e Tucker, 2003). Porém, as práticas alimentares que determinam o consumo alimentar são influenciadas por diferentes fatores, tais como, os culturais, étnicos, socioeconômicos, psicológicos, religiosos, de educação, de renda familiar e de moradia, que envolvem o ambiente dos indivíduos. Outras influências determinantes da seleção dos alimentos e quantidades ingeridas incluem o preço do alimento, o valor de prestígio do alimento, preparação e estocagem do alimento, disponibilidade de tempo e conveniência, preferências e intolerâncias, qualidades sensoriais, além dos aspectos fisiológicos, neurofisiológicos e o papel dos neurotransmissores envolvidos nos mecanismos de regulação da ingestão dos macronutrientes (Guimarães, 2006; Marinho et al, 2007; Sichieri et al, 2003; Brasil, 2006; Toral e Slater, 2007). Assim, dificilmente variáveis associadas exclusivamente ao indivíduo permitem entender a complexidade de um fenômeno como o padrão de consumo alimentar (Sichieri et al, 2003). Para promoção das práticas alimentares saudáveis, todos esses fatores devem ser levados em consideração.

Para Casotti et al (1998), a cultura exerce grande influência sobre o que se come. Antes de ingerir algum alimento é preciso ser capaz de reconhecê-lo, identificá-lo, entender o seu lugar na sociedade e classificá-lo como apropriado. Em toda sociedade, dentro do leque dos alimentos considerados apropriados para serem ingeridos, apenas alguns são considerados adequados para o consumo. Para os brasileiros, nem tudo que alimenta é sempre bom ou socialmente aceitável, assim, nem tudo que é alimento é comida. Comida não é apenas uma substância alimentar, mas é também um modo, um estilo e um jeito de alimentar-se. A comida refere-se ao costume e auxilia as pessoas, grupos ou classes a se identificarem. O funcionamento emocional do indivíduo influencia de forma intrínseca e direta a forma de comer. As pessoas têm dificuldade de separar o lado fisiológico do psicológico ao comer. O alimento não é visto apenas como uma fonte de nutrientes para a sobrevivência, mas também como uma fonte de gratificações emocionais.

Em estudo representativo realizado no Distrito Federal, Marinho et al (2007) observaram as práticas e mudanças no comportamento alimentar da população. No grupo de estudo, composto por 500 indivíduos maiores de 15 anos, foi observada uma grande preocupação com a saúde – 71% da amostra total preocupava-se em ter uma alimentação adequada. Foram fatores associados à mudança alimentar nos últimos 6 meses a renda familiar, escolaridade e local de moradia. Nesse estudo, os indivíduos com maior probabilidade de fazer alguma mudança alimentar eram aqueles com idade menor ou igual a 24 anos e

com pelo menos o ensino médio completo. O motivo principal para a mudança de hábitos alimentares foi a perda de peso, evidenciando a questão estética relacionada à forma de comer. Aspectos relacionados à saúde também foram observados como motivos para a mudança alimentar.

Quando há uma tentativa de mudar práticas alimentares em um determinado grupo, é essencial o conhecimento sobre os fatores que motivam os indivíduos e as barreiras associadas às modificações em suas dietas. Em um estudo, as principais razões que estimulavam a adoção de práticas alimentares saudáveis eram o desejo de melhorar o estado geral de saúde (60%), motivos pessoais de saúde (20%), perda de peso (34%), matérias veiculadas em revistas (11%), na televisão ou no rádio (10%) e a pressão exercida pelo cônjuge ou parente (9%) (Toral e Slater, 2007).

Muitas pessoas têm dificuldade em realizar e manter mudanças alimentares, independente da causa da mudança. Sugere-se que o contexto social do indivíduo tem um papel importante na capacidade de mudar o comportamento. Para a maioria das pessoas, comer ainda é um evento social que demanda interação com outras pessoas em relação à disponibilidade, procura, seleção, preparação e consumo dos alimentos. De uma perspectiva sociológica, a escolha da comida é vista como um fenômeno social dinâmico. Assim, o comportamento alimentar representa uma forma pela qual a identidade de uma pessoa se manifesta (Paisley et al, 2008).

Um dos componentes da alimentação saudável é a variedade, a qual só poderá ser praticada caso se conheça diferentes alimentos e que estes sejam acessíveis. A oferta de vegetais (verduras, folhosas e legumes) e frutas é determinante não só do consumo, mas também da preferência por este grupo de alimento, sendo que quando o alimento é considerado saboroso, é provável que ele faça parte das escolhas alimentares e seu consumo deverá ser em quantidade satisfatória. Existem evidências de que uma exposição sistemática pode aumentar a familiaridade com os alimentos, sendo isto verdadeiro para quem não gosta de vegetais, o que aumenta as chances de seu consumo (Rossi et al, 2008).

O peso e a imagem corporal do indivíduo são fatores que influenciam seu comportamento alimentar, pois tanto o excesso de peso como a insatisfação com o próprio corpo podem motivar a realização de restrições alimentares. Em relação aos determinantes sociais do comportamento alimentar, a presença de outras pessoas proporciona um aumento significativo da quantidade consumida e do teor calórico total da refeição. Isso pode ser explicado pela presença de amigos ou parentes, que promove uma desinibição do indivíduo, levando-o a comer mais, ou pela maior duração das refeições realizadas na presença de outros, o que ocasiona uma exposição prolongada do indivíduo aos alimentos, propiciando também um consumo maior. Do mesmo modo, fatores culturais estão envolvidos nas práticas alimentares, como o vegetarianismo e algumas religiões, que preconizam a seleção de determinados alimentos para o consumo.

O conhecimento e as crenças sobre as características de uma alimentação saudável, a atitude frente à dieta, o reconhecimento dos seus benefícios e das barreiras encontradas para adotá-la, a disponibilidade de um suporte social que favoreça práticas adequadas e a responsabilidade sobre compra e preparo das refeições são aspectos psicológicos estudados como fatores que influenciam a mudança do consumo alimentar. Outro fator psicológico comumente avaliado em estudos de comportamento alimentar é a autoeficácia do indivíduo. Este termo corresponde à confiança que ele tem em si mesmo em relação à sua habilidade para fazer escolhas saudáveis em determinadas situações. Maiores níveis de autoeficácia associam-se a um consumo menor de alimentos ricos em açúcares e menor consumo de alimentos gordurosos (Toral e Slater, 2007).

Fazer escolhas alimentares é um processo complexo, dinâmico e multifacetado, embutido nos relacionamentos sociais e que tem consequências a curto e longo prazo para a saúde. As escolhas dos alimentos são formadas pelos sistemas de socialização culturais, e limitadas pela contingência do ambiente físico e social. As escolhas alimentares não dependem somente da disponibilidade e das preferências, mas também dos fatores cognitivos, tais como o conhecimento sobre os benefícios e o custo associado aos alimentos (Rossi et al, 2008).

Para exemplificar a complexidade dos fatores determinantes do consumo, em um estudo realizado com uma população latinoamericana no Texas/EUA, Sharma et al (2008) observaram que metade da população consumia a recomendação de porções por grupo de alimentos (segundo o guia americano *My Pyramid*) e menos da metade tinha conhecimento das porções recomendadas, demonstrando uma falta de conhecimento das recomendações nessa população. O conhecimento nutricional foi um forte preditor do comportamento alimentar para todos os grupos alimentares, exceto frutas e vegetais. Os autores observam que apesar do conhecimento em nutrição ser um forte preditor do comportamento alimentar, outros fatores psicológicos e ambientais como habilidades, atitudes, crenças, autoeficácia, suporte social e disponibilidade do alimento podem influenciar esse comportamento.

A mudança de um comportamento alimentar em longo prazo é uma meta com elevadas taxas de insucesso. Os hábitos alimentares na idade adulta estão relacionados com os aprendidos na infância uma vez que a formação dos hábitos alimentares se processa de modo gradual, principalmente durante a primeira infância (Rossi et al, 2008). Assim, é necessário que as mudanças de hábitos inadequados sejam alcançadas no tempo adequado, sob orientação correta, sem ignorar as diversas dimensões que estão relacionadas ao comportamento alimentar. A educação alimentar e nutricional é fundamental como estímulo à adoção de modos alimentares apropriados e, junto a modos de vida saudáveis, atuam efetivamente na prevenção de DCNT.

2.5. ACONSELHAMENTO E EDUCAÇÃO NUTRICIONAL

A educação nutricional é um processo que pode promover, acima de tudo, o desenvolvimento da capacidade de compreender fatos, e os conhecimentos ou as aptidões resultantes preparam o indivíduo para sua integração consigo e com o meio social. A educação pode ampliar a esfera da compreensão, proporcionando ao indivíduo condições para que possa tomar decisões para resolução de problemas mediante fatos percebidos (Rodrigues, 2003).

Rodrigues et al (2005) destacam a percepção de Boog sobre orientação nutricional e educação nutricional em artigo publicado em 1997. Nesse artigo Boog afirma que orientação nutricional e educação nutricional são construtos distintos: o primeiro é o fazer imediato, com as instruções propriamente ditas, dietas com objetivos específicos, com certo rigor para horários e técnicas; o segundo volta-se para a formação de valores, do prazer, da responsabilidade, da criticidade, do lúdico e da liberdade, e contempla a orientação nutricional.

O Comitê da Associação Americana de Dietética, em 1969, definiu educação nutricional como a orientação profissional individualizada para ajudar uma pessoa a ajustar seu consumo diário de alimentos, a fim de atender às suas necessidades de saúde. As atividades de educação nutricional com vistas ao controle da obesidade podem ser desenvolvidas individualmente ou em grupo (Rodrigues, 2003).

O aconselhamento dietético pode ser aplicado tanto em grupos quanto em consulta individual (é comum a formação de grupo como coadjuvante no aconselhamento). Os grupos de terapia diferem dos grupos de aconselhamento dietético, pois estes visam ajudar pessoas a encontrarem soluções para seus problemas alimentares, e estas soluções podem ser demonstradas, experimentadas e avaliadas com o apoio do grupo (Holti e Calabrese, 1998). Se convenientemente conduzido, pode constituir uma oportunidade para a busca ativa de uma vida mais prazerosa e mais plena. Vale ressaltar que o acesso ao aconselhamento nutricional, freqüentemente, se dá em decorrência de uma doença já instalada; entretanto, a educação em saúde voltada aos aspectos relativos à alimentação, deveria fazer parte das estratégias de promoção à saúde (Rodrigues et al, 2005).

Rodrigues et al (2005) citam que Holti e Calabrese, em seu livro sobre Aconselhamento Dietético publicado em 1986, acreditam que a contribuição de várias abordagens teóricas da psicologia permitiu estabelecer algumas diretrizes básicas do aconselhamento: a importância de elementos significativos da realidade pessoal; a responsabilidade que o cliente tem com sua vida; a não dominação do conselheiro sobre o cliente; a realização de afirmações sobre a natureza das dificuldades, utilizando diagnósticos; a revelação do ego ao conselheiro para possível interpretação das experiências do cliente; maior percepção

do cliente sobre si mesmo; o apoio direto às mudanças; mudanças num período curto de tempo; diagnóstico simplificado; vínculo entre o profissional e o cliente.

Para Rodrigues et al (2005), a educação é mais ampla do que o aconselhamento e este constitui uma estratégia para um determinado tipo de intervenção educativa em nutrição - quando uma pessoa busca ajuda para modificar seu comportamento alimentar. Esta modalidade de intervenção de educação nutricional requer encontros freqüentes para a execução efetiva das etapas de todo o processo. Os autores conceituam o aconselhamento dietético como “uma abordagem de educação nutricional, efetuada por meio do diálogo entre o cliente portador de uma história de vida - que procura ajuda para solucionar problemas de alimentação - e o nutricionista, preparado para analisar o problema alimentar no contexto biopsicossociocultural da pessoa, que a auxiliará a explicitar os conflitos que permeiam o problema, a fim de buscar soluções que permitam integrar as experiências de criação de estratégias para o enfrentamento dos problemas alimentares na vida cotidiana, buscando um estado de harmonia compatível com a saúde.”

No aconselhamento dietético, o profissional busca, em menor ou maior grau, colocar o cliente próximo ou frente ao problema alimentar, que é o objeto do aconselhamento. Problema alimentar é um conceito bastante amplo que inclui hábitos alimentares inadequados, hipóteses sobre possíveis hábitos alimentares inadequados levantados a partir de dados clínicos, bioquímicos ou antropométricos, práticas alimentares de seleção, compra, preparo, armazenamento ou consumo, que podem ser prejudiciais ao organismo. Estão incluídas ainda quaisquer questões de caráter subjetivo que possam gerar dúvida, ansiedade, insegurança às pessoas, relativa aos efeitos dos alimentos ou dos nutrientes sobre o organismo, aventados ou efetivamente percebidos como sinais ou sintomas (Boog e Magrini, 1999).

Palumbo (1999) ressalta a importância do aconselhamento e refere que este tem sido feito através de diferentes formas: profissionais atendem através de seus consultórios, da mesma forma em que podem aconselhar por e-mail, telefone e sites na internet. É importante considerar a dimensão do processo de aconselhamento que não busca impor ao cliente respostas prontas para o problema, mas sim uma construção de ajuda entre o aconselhador e cliente.

2.6. DIRETRIZES PARA PLANEJAMENTO DE PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL

Estudos têm demonstrado que a perda ponderal de 5 a 10% do peso inicial, em indivíduos obesos, é uma medida efetiva para controlar as alterações metabólicas e os fatores de risco cardiovascular desse grupo (Goldstein, 1992). Porém, observam-se altas taxas de insucesso ao se trabalhar com esses indivíduos, principalmente pela baixa adesão aos programas dietéticos, dificuldade de emagrecimento e

precária manutenção dos resultados (Bautista-Castaño et al, 2004). Inelmen et al (2005) sugerem que um programa com reuniões em grupo periódicas seria uma medida eficaz para melhorar o nível de adesão.

O método participativo é uma forma de trabalho didático e pedagógico baseada no prazer, na vivência e na participação de situações reais, com uso de técnicas de dinâmica de grupo, jogos, entre outros (Governo do Distrito Federal, 2003).

Linden (2005) resume que a educação à saúde fornece conhecimento para os indivíduos, atua sobre suas atitudes e seu modo de sentir e os capacita a agir com relação à qualidade de vida da comunidade. A finalidade da educação em saúde pode ser a mesma de todo ensino: ajudar os indivíduos a descobrir os princípios, padrões e valores que melhor se adaptem às suas próprias necessidades, visando à qualidade de vida. Este mesmo autor aponta pilares para a educação, no contexto da alimentação e nutrição: (1) aprender a conhecer – os indivíduos devem ser preparados para ler, decodificar e avaliar se essa ou aquela alimentação será melhor para sua saúde; (2) aprender a fazer – o educando deve aprender a fazer uma alimentação equilibrada; (3) aprender a viver em comum – as pessoas devem se sentir um membro das comunidades e aceitar o outro para ser ativo e desenvolver o conhecimento; (4) aprender a ser – os indivíduos devem desenvolver uma personalidade íntegra em todos seus aspectos e aprender a ser, a partir de um conhecimento de dentro pra fora.

Segundo Sherman et al (2000), diferentes estratégias podem ser utilizadas na intervenção nutricional, tais como, educação, motivação, habilidade comportamental, uso de alimentos modificados e interação interpessoal. No campo da alimentação, torna-se imperativa a necessidade de recusar métodos de aconselhamento dogmáticos e padronizados. A intervenção deverá ser elaborada na perspectiva de inserir uma ação educativa de nutrição em um processo que considere valores culturais e históricos do indivíduo para o desenvolvimento de habilidades individuais que permitam enfrentar as questões relacionadas à alimentação e nutrição (Rodrigues et al, 2005; Ferreira e Magalhães, 2007).

O aconselhamento em grupo é o trabalho realizado em conjunto com indivíduos que apresentam problemas nutricionais semelhantes. O trabalho em grupo costuma ser dinâmico e estimulante. Alguns princípios são importantes para o sucesso deste tipo de intervenção, tais como, estabelecer um número razoável de participantes; criar um relacionamento cooperativo e de interação entre os participantes; desenvolver estratégias de resolução de problemas; oportunizar novas habilidades por meio de atividades práticas; utilizar a abordagem positiva por meio de reforço e realizar avaliações *feedbacks* (Guimarães, 2006).

Os componentes do ambiente da aprendizagem estimulam o educando. Esses componentes podem ser o educador, livros, objetos físicos, gravuras, filmes, alimentos, entre outros. Assim, os recursos materiais e auxiliares de ensino facilitam a assimilação de conteúdos, ou seja, sua função principal é auxiliar o educando a pensar. Ao aproximar o educando de sua realidade, os recursos o auxiliam a estabelecer analogias e retirar aquilo que será útil para sua aprendizagem. Para o melhor aproveitamento desses recursos é preciso que sejam bem selecionados e adequados às características biopsicossociais dos educandos. Acredita-se que para adultos os materiais podem ser mais variados do que para crianças, desde o quadro, até os audiovisuais, ou as programações escritas ou via internet.

Na prática, as expressões verbais, sonoras e visuais se complementam. A aprendizagem vai desde as experiências diretas até as mais indiretas. Destaca-se que o ensino puramente verbalista não deve ser empregado para educação em saúde, pois o processo ensino aprendizagem é tanto mais eficaz quanto mais se possa realizar uma experiência direta. Dessa forma, o emprego de recursos audiovisuais pode proporcionar aos educandos experiências para desenvolver a compreensão e a reflexão (Linden, 2005).

Segundo Houts et al (2006), o uso de figuras associadas fortemente a um texto ou a um discurso, quando comparado ao uso dos recursos sem as figuras, aumenta sensivelmente a atenção à informação em educação em saúde. As imagens podem também melhorar a compreensão, quando relacionam idéias. A adesão às mudanças de comportamento em saúde pode ser modulada por efeito de resposta emocional às imagens apresentadas.

O aspecto mais importante do aconselhamento nutricional provavelmente é tornar o indivíduo capaz de traduzir as inúmeras informações sobre nutrição a que ele está exposto em informações práticas sobre quais alimentos deve escolher para garantir uma alimentação saudável. De fato, trabalhar o comportamento de saúde é fundamental nas atividades educativas (Toral e Slater, 2007).

Assim, o objetivo de uma intervenção nutricional não é apenas o fornecimento de informações, mas o alcance de uma modificação no comportamento alimentar. Este representa o grande desafio a ser enfrentado: transformar o conhecimento científico e as recomendações dietéticas em mudanças efetivas no comportamento alimentar. Há evidências de que intervenções nutricionais apresentam maior efetividade quando são pautadas no comportamento, nas necessidades e crenças da população-alvo (Toral e Slater, 2007).

São identificados dois tipos de motivação para uma mudança de comportamento: a intrínseca e a extrínseca. A motivação intrínseca é aquela que surge do indivíduo, abrange seus desejos, necessidades e metas e é estabelecida a partir do desejo de se alcançar uma recompensa interna. Já a motivação

extrínseca é uma resposta a recompensas ou punições externas ao indivíduo e inclui o suporte social recebido e possíveis recompensas materiais (Toral e Slater, 2007). Trudeau et al (1998) observaram que as motivações intrínsecas e extrínsecas não afetam o comportamento alimentar da mesma forma. Segundo estudo dos autores, apenas a motivação intrínseca é um preditor da adoção de dietas ricas em fibras, frutas e hortaliças e pobres em gordura. Portanto, as estratégias de intervenção nutricional devem focalizar esse tipo de motivação para estimular hábitos alimentares saudáveis.

Considerando-se o impacto do comportamento alimentar na saúde, verifica-se a necessidade do desenvolvimento de estratégias de intervenção nutricional de sucesso para a adoção de práticas alimentares saudáveis em nível populacional. Sugere-se que a identificação dos diferentes estágios de mudança de comportamento seja o passo inicial para tanto. De acordo com o modelo transteórico de mudança de comportamento, as alterações no comportamento relacionado à saúde ocorrem por meio de cinco estágios distintos: pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção. Cada estágio representa a dimensão temporal da mudança do comportamento, ou seja, mostra quando a mudança ocorre e qual é seu grau de motivação para realizá-la. Tal classificação possibilita a formulação e aplicação de programas de educação nutricional específicos, de modo a promover maior estímulo e motivação para a mudança de práticas alimentares inadequadas e propiciar uma qualidade de vida adequada em longo prazo (Toral e Slater, 2007).

Teorias de comportamento alimentar oferecem uma combinação sistemática de hipóteses, definições e proposições que tentam explicar ou prever a mudança no comportamento alimentar através da demonstração da relação entre seus conceitos chave. Cerin et al (2009), em artigo de revisão que compara intervenções nutricionais pautadas em diferentes teorias de mudança do comportamento alimentar, ressaltam que intervenções para a mudança de comportamento devem focar em autoeficácia, hábito e expectativas de resultados, conceitos chave de duas teorias existentes (Teoria Social Cognitiva e Teoria do Comportamento Planejado). Essas teorias descrevem como o comportamento humano pode ser determinado frente aos fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados a determinado tema, como alimentação. Porém, segundo esses autores, ainda há a escassez de informações e estudos sobre a aplicação dessas teorias em intervenções.

2.7. REPERCUSSÕES DE INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS

Alguns estudos clínicos de intervenção, por meio de diferentes estratégias para mudança do comportamento alimentar, mostram resultados satisfatórios em relação aos parâmetros metabólicos e fatores de risco associados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Linden, 2005).

O aconselhamento nutricional testado por Aldana et al (2005), promoveu melhora significativa em curto prazo (1 mês) no conhecimento em saúde e variáveis dietéticas e metabólicas. Em outros estudos, algumas modificações do padrão alimentar, mesmo não alterando em curto prazo o estado de saúde, puderam ser alcançadas com modelos de aconselhamento nutricional (Rickheim et al, 2002; Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group, 2003).

Estratégias de promoção da saúde no ambiente de trabalho, que tenham como foco os problemas relacionados à inatividade física e aos hábitos alimentares inadequados, podem ser efetivas para reduzir a prevalência de obesidade, diabetes e fatores de risco para doenças cardiovasculares nesses ambientes. Como argumentos principais para que os gestores de uma instituição iniciem e invistam em programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho encontram-se o aumento da produtividade dos funcionários, a melhora da imagem da instituição e a redução dos custos com cuidados médicos. Mesmo pequenas mudanças no comportamento, quando observadas em uma população como um todo, tendem a apresentar efeitos significativos na redução do risco de desenvolver doenças (WHO/WEF, 2008; Cousineau et al, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os conhecimentos atuais sobre efetividade, relação custo e benefício e impacto em saúde de programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho necessitam de fortalecimento. Isso porque há uma escassez de informação e estudos de caso de países de média e baixa renda (WHO/WEF, 2008). Guias efetivos para intervenções no ambiente de trabalho são importantes, uma vez que as atividades desenvolvidas pelos empregadores para a promoção da saúde sofrem uma grande variação, passando por subsídios para academias, aulas de culinária e controle de peso e serviços de alimentação saudáveis (Cousineau et al, 2008). É preciso esclarecer qual a melhor forma de intervenção a curto e médio prazo para controlar o problema nos diferentes ambientes de atuação. Discute-se que os resultados de intervenções objetivando mudanças nos hábitos alimentares dependem da frequência de atendimentos, do tipo de atendimento, ou de ambos, individualmente ou em grupo (Alvarez e Zanella, 2009).

Em estudo com uma população de diabéticos, Rickheim et al (2002) observaram que intervenções em grupo ou individuais são igualmente efetivas quando se utiliza um método sistemático por determinado tempo. Os resultados desse estudo demonstraram que a educação das duas formas resulta em melhorias similares no conhecimento, comportamento e resultados clínicos. Os pesquisadores, entretanto, ressaltam que atividades em grupo devem ser cuidadosamente estudadas, para se determinar a efetividade segundo tamanho do grupo, tempo de intervenção e tipo de atividade.

A eficácia do aconselhamento nutricional individual no atendimento primário, oferecida pelos médicos, enfermeiros ou panfletos, é limitada. A educação alimentar em grupo oferece como vantagem a presença de companheiros que compartilham experiências, o que oferece suporte à mudança de comportamento (Siero et al, 2000). Faltam estudos que busquem determinar que tipo de intervenção é mais eficaz para a promoção da alimentação saudável no ambiente de trabalho.

Estudo realizado por Melin et al (2003) com pacientes obesos que apresentavam comorbidades observou que a perda de peso e a adesão são semelhantes entre os pacientes submetidos a uma intervenção mais intensiva, com encontros mais frequentes, e os submetidos a uma intervenção menos intensiva, com encontros menos frequentes. Similarmente, Alvarez e Zanella (2009) realizaram um estudo para avaliar o impacto de dois programas de educação nutricional com frequências de reuniões diferentes sobre o risco cardiovascular em pacientes hipertensos com excesso de peso. Observaram que os resultados entre os dois grupos foram semelhantes, indicando que a frequência quinzenal de atendimentos não é mais efetiva que a mensal. Nesse estudo, a intervenção nutricional de curto prazo foi eficaz para estimular a mudança qualitativa dos hábitos alimentares e reduzir os fatores de risco cardiovascular.

Siero et al (2000) compararam três tipos de intervenção para a promoção da alimentação saudável. O primeiro grupo recebeu cuidados convencionais por meio de material didático enviado por correio, o segundo grupo participou de três encontros em grupo de duas horas cada e o terceiro grupo recebeu a mesma intervenção do segundo grupo, porém, recebeu também informações individualizadas (segundo a atitude, autoeficácia, contexto social e fase de mudança do comportamento) por correio entre o segundo e terceiro encontros em grupo. O estudo não observou uma maior eficácia da intervenção associada às informações individualizadas em relação a intervenção simples, entretanto, foram observados benefícios ao comportamento alimentar das intervenções em relação aos cuidados convencionais.

Assim, reconhecem-se a complexidade dos fatores determinantes do padrão alimentar, a forte associação que existe entre alimentação e saúde da população e o benefício de programas de educação nutricional, visando adoção de práticas alimentares saudáveis. Tudo isso é fundamental, como forma de enfrentamento de problemas, como excesso de peso e outros fatores de risco para DCNT, tão comuns na população adulta trabalhadora. Contudo, ainda é necessário aprimorar as estratégias de educação nutricional e as formas de avaliação dos resultados, o que correspondem as principais propostas do presente estudo.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar os efeitos de um programa de educação nutricional de curto prazo, para trabalhadores, usuários de unidades de produção de refeição, visando à promoção de práticas alimentares saudáveis e a redução de fatores de risco cardiovasculares.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar as repercussões comportamentais, quanto às práticas alimentares saudáveis, de um programa de educação nutricional;
- Avaliar a resposta da intervenção quanto à redução de fatores de risco cardiovasculares, em termos de perda de peso e níveis de pressão arterial;
- Avaliar o nível de adesão e o perfil amostral dos que frequentaram, com assiduidade de pelo menos 50% das atividades previstas, e os que abandonaram o programa, com menos de 50% de participação;
- Investigar a chance dos participantes que referiram a adoção de práticas alimentares saudáveis terem participado do programa de educação nutricional.

4. MÉTODOS

4.1. TIPO DE ESTUDO E PERÍODO DE REALIZAÇÃO

Trata-se de estudo de intervenção, randomizado por conglomerado e controlado, cuja unidade de observação é o indivíduo, representado por trabalhadores, usuários de unidades de produção de refeições (UPR).

O estudo foi realizado durante o período de julho de 2006 a novembro de 2008.

4.2. CÁLCULO AMOSTRAL

O número amostral e seu respectivo poder foram calculados pela estimativa de frequências de consumo de frutas e hortaliças cruas, a partir dos dados de população semelhante obtida em outro estudo (Nascimento, 2003) e metas de alteração destas frequências, após a intervenção. Os parâmetros fixos para cálculo de tamanho de amostra foram: probabilidade de erro I ($\alpha < 0,05$) e erro II ($\beta < 0,10$) (Holley et al, 2001). A tabela 1 apresenta o cálculo amostral, considerando-se perda estimada de 30% e seleção da amostra que apresentou maior dimensão (consumo diário de hortaliças cruas; $n = 117$), para a formação dos dois grupos de estudo ($n = 234$).

TABELA 1. CÁLCULO AMOSTRAL

| Variável | Prevalência pré-intervenção | Prevalência pós-intervenção | Diferença | Nº total estimado* | Nº total acrescido de 30% |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|--------------------|---------------------------|
| Consumo diário de frutas | 47% | 77% | 30% | 57 | 74 |
| Consumo diário de hortaliças cruas | 43% | 68% | 25% | 90 | 117 |
| Número amostral total | 117 x 2 = 234 | | | | |

* probabilidade de erro I ($\alpha < 0,05$) e erro II ($\beta < 0,10$)

4.3. LOCAL, POPULAÇÃO E FORMAÇÃO DOS GRUPOS DE ESTUDO

A amostra foi captada em seis empresas que se interessaram pelo projeto e que possuíam UPR com fornecimento de refeições no sistema autosserviço e serviço de saúde local ou plano de saúde para os trabalhadores. Todas as etapas de intervenção foram realizadas nas empresas, que se localizavam na área central de Brasília-DF e seus funcionários desenvolviam atividades fundamentalmente administrativas, o que correspondia a um baixo gasto energético laboral. Além das atividades, as empresas eram equivalentes em tamanho. Três empresas foram selecionadas aleatoriamente para realização de um programa de educação nutricional e nas outras foram proferidas palestras sobre saúde e nutrição. Os

funcionários das empresas do programa de educação e de palestras compuseram, respectivamente, os grupos de intervenção (Grupo Programa - GPr) e controle (Grupo Palestra - GPa). Para composição dos grupos, os voluntários de ambos os sexos, deveriam atender os seguintes critérios de seleção:

4.3.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DE PARTICIPANTES

- Almoçar por, no mínimo, três vezes durante a semana na UPR da empresa;
- Possuir índice de massa corporal $\geq 25 \text{ kg/m}^2$;
- Ter entre 18 e 65 anos de idade;
- Apresentar ensino médio completo;

4.3.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DE PARTICIPANTES

- Apresentar perda ponderal maior ou igual a 3 kg nos últimos 2 meses;
- Ter participado de outro programa de educação nutricional semelhante ou acompanhamento nutricional especializado;
- Estar em uso de medicamentos para perda de peso;
- Ter realizado cirurgia de obesidade;
- Apresentar doença diagnosticada, exceto obesidade, cujo tratamento envolvesse restrições alimentares.

4.4. INSTRUMENTOS

Antes e imediatamente após a intervenção, foram aplicados os questionários de pesquisa (Apêndices 9.2 a 9.4), avaliação antropométrica e aferição da pressão arterial.

Os questionários foram compostos da seguinte forma:

Questionário Geral – instrumento para coleta de informações sociodemográficas: sexo, data de nascimento, idade, moradia, estado civil, escolaridade em etapas, classe de renda segundo critérios de classificação econômica (ANEP, 2003), modos de vida e estado de saúde, particularmente com relação ao comportamento alimentar, nível de atividade física, presença de comorbidades e percepção da própria saúde. O questionário foi composto por 45 itens na primeira aplicação e 22 na segunda.

Questionário de Frequência Alimentar (QFA) – instrumento de coleta de consumo alimentar semiquantitativo adaptado por Oliveira (2002) para trabalhadores vinculados ao Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT). A frequência de consumo foi classificada em: uma vez ao dia, duas ou mais vezes ao

dia, cinco a seis vezes por semana, duas a quatro vezes por semana, uma vez por semana, uma a três vezes por mês, raramente ou nunca. Os alimentos constituintes do questionário foram separados em nove grupos: leite e derivados, carnes e ovos, óleos e gorduras, petiscos e enlatados, cereais e leguminosas, hortaliças e frutas, sobremesas e doces, bebidas e produtos *diet* ou *light*, totalizando 59 alimentos. As hortaliças foram subdivididas em folhosos e legumes. Para os cálculos utilizaram-se tabelas de composição de alimentos (USDA, 2008) com definição do tamanho das porções (Pinheiro et al, 2000). Com base no valor de consumo diário e na composição dos alimentos calculou-se o consumo de energia (VET), carboidratos (CHO), açúcares, fibras, proteínas (PTN), gorduras (LIP) e sódio.

4.5. ANTROPOMETRIA E AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

As aferições de peso, estatura e circunferência da cintura foram realizadas de acordo com procedimentos padrões (Brasil, 2004), utilizando-se balança portátil digital SECA® modelo 872, estadiômetro portátil SANY® modelo personal caprice e fita métrica inelástica CARDIOMED®, respectivamente. Do peso e do quadrado da estatura determinou-se o índice de massa corporal (IMC).

As medidas de pressão arterial foram realizadas em dois momentos durante as entrevistas, segundo protocolo definido (SBC, 2006), para determinação da média dos valores das duas aferições. Utilizou-se esfigmomanômetro automático digital OMRON® modelo HEM-705CP, para este fim.

4.5.1. PROCEDIMENTOS PARA PESO

O participante foi posicionado no centro da balança, com o mínimo de roupa possível e sem objetos nos bolsos, descalço, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo e foi mantido nessa posição até a realização da leitura do peso.

4.5.2. PROCEDIMENTOS PARA ESTATURA

O participante foi posicionado no centro do equipamento descalço e com a cabeça livre de adereços. Solicitou-se que se mantivesse ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, cabeça erguida e olhando para um ponto fixo na altura dos olhos, pés, calcanhares e joelhos juntos. Os calcanhares, ombros e nádegas foram mantidos em contato com o antropômetro e a parte móvel foi ajustada na cabeça do participante. Realizou-se a leitura da estatura.

4.5.3. PROCEDIMENTOS PARA CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA

O participante foi mantido de pé, ereto, com abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e os pés separados numa distância entre 25 e 30 centímetros. Afastou-se a roupa na região da cintura. Com o pesquisador de frente ao participante, foi passada a fita ao redor da cintura, na altura do ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, mantendo o mesmo nível em toda circunferência, sem ficar larga

nem apertada. Solicitou-se que o participante inspirasse e expirasse e foi realizada a leitura imediata da circunferência.

4.5.4. PROCEDIMENTOS PARA AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

O participante foi submetido a repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo antes do procedimento. Foi informado que não deveriam estar com a bexiga cheia, ter realizado exercícios físicos de 60 a 90 minutos antes, ter ingerido bebidas alcoólicas, café ou alimentos 30 minutos antes e ter fumado 30 minutos antes. Solicitou-se que mantivessem as pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. As roupas foram removidas do braço, que foi posicionado na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

Foi selecionado o manguito de tamanho adequado e colocado sem deixar folga, 2 a 3 centímetros acima da fossa cubital. O meio da parte compressiva do manguito foi centralizado sobre a artéria braquial e o nível de pressão foi aferido com o aparelho automático. Quando necessário, foi aguardado 1 a 2 minutos para realização de nova aferição. Este procedimento foi realizado duas vezes, uma no início da entrevista e outra ao final. Foi considerada a média das duas aferições.

4.6. INTERVENÇÃO: GRUPO PROGRAMA (GPR) E GRUPO PALESTRA (GPA)

Para o GPr, a intervenção consistiu em proposta de aconselhamento nutricional, voltada para trabalhadores, com 9 horas de duração, distribuídas em 6 encontros de 1 hora e meia cada, uma vez por semana. As orientações foram realizadas em grupo, visando a promoção de modos alimentares saudáveis. O conteúdo foi desenvolvido com atividades teóricas e práticas, segundo uma programação definida. Ao início do programa foram levantadas as principais dificuldades percebidas pelos participantes para manter uma alimentação saudável e essas dificuldades foram discutidas ao longo da programação (Apêndice 9.5).

Durante cada encontro foram oferecidas frutas aos participantes, não apenas como forma de oferecer um lanche saudável, mas para apresentar as propriedades sensoriais e nutricionais daqueles alimentos, como bananas, maçãs e outros. No quinto encontro o lanche saudável apresentava também alimentos industrializados, de forma a exemplificar o que foi discutido nas atividades do dia. No sexto encontro foi solicitado que os participantes trouxessem suas frutas para o lanche.

Para os participantes do GPa foram oferecidos folhetos sobre alimentação saudável e duas palestras sobre o tema “Alimentação Saudável e Qualidade de vida” e “Escolhas saudáveis em restaurantes *self-service*”, com duração de 1 hora e meia cada e com intervalo de cinco semanas entre elas. Esses indivíduos,

na medida de seu interesse, poderiam participar, ao final da pesquisa, do mesmo programa de aconselhamento nutricional dos participantes do GPr.

No quadro 1 são apresentados os conteúdos programáticos desenvolvidos no GPr e GPa.

QUADRO 1. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DO ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL EM GRUPO E DAS PALESTRAS EDUCATIVAS PARA TRABALHADORES COM EXCESSO DE PESO. BRASÍLIA, DF, 2008.

| Tema | | Conteúdos abordados |
|---|--|--|
| Programa de aconselhamento nutricional | | |
| 1ª sessão | Importância e dificuldades para adoção da alimentação saudável | Quadro epidemiológico brasileiro de doenças crônicas não transmissíveis. Hábitos e escolha dos alimentos. Identificação de barreiras para uma alimentação saudável e estratégias para vencê-las. Estímulo ao automonitoramento. |
| 2ª sessão | Princípios de uma alimentação saudável | Benefícios da manutenção do peso saudável e atividade física. Atributos de uma alimentação saudável e grupos alimentares segundo guia alimentar para a população brasileira (Brasil, 2006). |
| 3ª sessão | Refeições saudáveis | Como compor um almoço saudável e fazer escolhas saudáveis em um restaurante de autosserviço. Importância de pensar em longo prazo a manutenção de hábito alimentar saudável. |
| 4ª sessão | Alimentos - o que evitar e o que consumir | Problemas relacionados ao alto consumo de alimentos ricos em gorduras, açúcares ou sal. Tipos de gordura e sua ação no organismo. Importância do consumo de frutas e hortaliças para a saúde e sua relação com a perda de peso. |
| 5ª sessão | Informações nutricionais dos rótulos dos alimentos | Conteúdo da rotulagem nutricional e outros aspectos de embalagens de alimentos. Diferenciação e indicação correta de alimentos dietéticos e baixo teor de nutrientes. |
| 6ª sessão | Experiências positivas | Depoimentos ou estudos de casos de experiências bem sucedidas. |
| Programa de palestras educativas | | |
| 1ª palestra | Alimentação Saudável e Qualidade de Vida | Quadro epidemiológico brasileiro de doenças crônicas não transmissíveis. Benefícios da manutenção do peso saudável e atividade física. Atributos de uma alimentação saudável e grupos alimentares segundo Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2006). |
| 2ª palestra | Escolhas saudáveis em restaurantes autosserviço | Como compor um almoço saudável e fazer escolhas saudáveis em um restaurante de autosserviço. Importância de pensar em longo prazo a manutenção de hábito alimentar saudável. |

A adesão à intervenção foi avaliada pela assiduidade, em mais ou menos que 50% de frequência nas atividades programadas.

Os resultados da intervenção foram avaliados em termos de práticas alimentares, antropometria e pressão arterial, de acordo com a participação no programa, comparando-se com os resultados do grupo palestra.

4.7. ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis utilizadas para a caracterização da amostra foram o grupo do estudo (GPr ou GPa), frequência de participação na atividade (pelo menos 50% ou menos de 50%), idade (até 29 anos, 30 a 49 anos, mais de 50 anos), sexo, escolaridade (ensino médio completo ou ensino superior completo), renda (classe A, B, C, D ou E), estado de saúde autorreferido antes da intervenção (percepção positiva ou negativa), conhecimento prévio de comorbidades (presente ou ausente) e nível de atividade física. Para nível de atividade física os participantes foram classificados em sedentários e não sedentários. Foi considerado como nível de atividade física sedentário, quando o participante referia não praticar atividade física nos últimos 3 meses, como caminhar ou praticar atividades que o fizessem suar ou aumentar a respiração por pelo menos 10 minutos por semana.

As variáveis consideradas para práticas alimentares saudáveis foram o consumo raro de frituras, a não adição de sal às refeições já prontas, o fracionamento adequado das refeições e o consumo regular de frutas e hortaliças, este último avaliado pelo número de vezes em que o indivíduo referia consumir esses alimentos, considerado como número de porções consumidas, ao final da intervenção. Considerou-se consumo regular de frutas e hortaliças, quando era realizado pelo menos 5 dias na semana, ou irregular, menos de 5 dias na semana. O consumo de frituras foi avaliado como usual, mais de duas vezes por mês, ou raro, até duas vezes por mês. O fracionamento das refeições foi considerado adequado, pelo menos 5 refeições ao dia, ou inadequado, menos de 5 refeições ao dia, tomando por base as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2006). Essas práticas foram escolhidas para análise por terem sido priorizadas durante o desenvolvimento do programa de intervenção. Todas elas são parte de uma alimentação saudável e não representam seu conceito definitivo. Para esse estudo, entretanto, considerou-se arbitrariamente a adoção de pelo menos três dessas cinco práticas alimentares, como critério para definição de alimentação saudável.

As variáveis peso, circunferência abdominal e pressão arterial, foram consideradas como parâmetros do estado de saúde.

Foi utilizado o programa SPSS, versão 16.0. Para as análises da avaliação dos resultados foram incluídos apenas aqueles participantes que compareceram a pelo menos 50% das atividades programadas, ou seja, no mínimo 3 sessões do GPr ou 1 palestra do GPa. Aplicaram-se testes t de Student pareado e

independente, qui-quadrado e teste do sinal, para comparar os resultados antes e após a intervenção. Aplicou-se regressão logística controlada para sexo, para investigar a chance dos participantes que adotaram determinadas práticas alimentares saudáveis terem pertencido ao grupo de aconselhamento nutricional em grupo (variável desfecho). Resultados foram considerados estatisticamente significativos se $p < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: ARTIGO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO: ARTIGO

5.1. EFEITO NAS PRÁTICAS ALIMENTARES E NA SAÚDE DE TRABALHADORES COM EXCESSO DE PESO, PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL DE CURTO PRAZO.

5.2. RESUMO

Objetivo: avaliar os efeitos em práticas alimentares, perda de peso e pressão arterial de um programa de aconselhamento nutricional de curto prazo, voltado para trabalhadores com excesso de peso.

Método: estudo de intervenção realizado com trabalhadores que apresentavam excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{kg/m}^2$), captados em 6 empresas do Distrito Federal, aleatoriamente selecionadas para desenvolvimento de um programa de aconselhamento nutricional (GPr; $n=127$), com realização de 6 sessões educativas, totalizando 9h de intervenção ou de palestras (GPa; $n=113$), com apresentação de duas palestras sobre o tema alimentação saudável. Foram coletadas informações de doenças autorreferidas e aferidos o índice de massa corporal (IMC; kg/m^2) e a pressão arterial sistólica e diastólica (PAS; PAD). Foram avaliados os efeitos nas práticas alimentares com aplicação de questionário de frequência alimentar e dados sobre o número de refeições, consumo de frutas, hortaliças e frituras e adição de sal às refeições prontas.

Análise dos dados: Utilizou-se o programa SPSS, versão 16.0 para aplicação dos testes t de Student, qui-quadrado, teste do sinal. Foi realizada análise de regressão logística para investigar a chance dos participantes que adotaram determinadas práticas alimentares saudáveis terem pertencido ao GPr. Resultados foram considerados estatisticamente significativos se $p < 0,05$.

Resultados: Os grupos eram semelhantes ($IMC = 31,4 \pm 7,3$ e $30,2 \pm 4,8 \text{kg/m}^2$, GPr e GPa, respectivamente, $p=0,236$), exceto pela frequência de mulheres (69% no GPr e 56% no GPa, $p=0,042$). Mais de 40% dos participantes não compareceram a pelo menos 50% das atividades programadas, sendo que entre os que apresentaram maior participação, observou-se maior prevalência de comorbidades autorreferidas. Não houve diferença significativa entre os grupos com relação às variações de IMC e PA durante intervenção, apesar da redução significativa, intra grupos, do consumo energético. Nas análises intra grupos observou-se, ainda, redução significativa da PAD, apenas no GPr ($81,8 \pm 11,0$ e $79,2 \pm 10,8 \text{mmHg}$; antes e depois, respectivamente; $p=0,004$). Ao final da intervenção, para o GPr, houve aumento da prevalência de participantes com fracionamento adequado das refeições, não adição de sal às refeições prontas, consumo raro de frituras e regular de frutas e de hortaliças. No GPa, entretanto, a melhora significativa foi observada apenas para as duas primeiras práticas alimentares. Na regressão logística multivariada, controlada para sexo, entre os participantes que apresentaram consumo regular de frutas e hortaliças ao final da intervenção, observou-se uma razão de chance significativa e superior a 5 vezes, destes indivíduos terem composto o GPr.

Conclusões: O programa de aconselhamento nutricional não promoveu, em curto prazo, melhora nas condições de saúde de trabalhadores com excesso de peso. Contudo, observou-se melhora nas práticas alimentares, particularmente quanto ao consumo regular de frutas e hortaliças, a partir do GPr, quando comparado a intervenção padrão do GPa.

Palavras-chave: aconselhamento nutricional, alimentação saudável, práticas alimentares, trabalhadores, efeito.

5.3. INTRODUÇÃO

A carga das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tem impacto não apenas na qualidade de vida da população, mas também na estrutura socioeconômica dos países, uma vez que reduzem a capacidade produtiva do indivíduo afetado. A Organização Mundial de Saúde acredita que a perda do produto nacional relacionada ao aumento das DCNT seja dramática em diversos países (WHO/WEF, 2008).

Consolidou-se na década de 1990 o entendimento de que as recomendações que buscam a prevenção das doenças se baseiam em padrões alimentares semelhantes àqueles utilizados tradicionalmente em muitas regiões do mundo possuidoras de uma cultura alimentar consolidada e onde as pessoas não convivem com situações de insegurança alimentar e nutricional. Segundo o guia alimentar para a população brasileira, as práticas alimentares saudáveis incluem o consumo de grãos, pães, massas, tubérculos, raízes e outros alimentos com alto teor de amido – preferencialmente na sua forma integral –, frutas, hortaliças, feijões e outros alimentos que fornecem proteínas de origem vegetal e um consumo moderado de carnes, laticínios e outros produtos de origem animal (Brasil, 2006).

Em estudo que avaliou o cumprimento de recomendações nacionais para alimentação saudável na região sul do Brasil, foi observada uma baixa frequência de hábitos saudáveis, especialmente entre os homens, os mais jovens e os indivíduos com maior escolaridade (Vinholes et al, 2009).

O aconselhamento nutricional visa promover modos alimentares apropriados e influencia efetivamente na prevenção de DCNT (FAO/WHO, 2003; Brasil, 2006). O conhecimento sobre nutrição é considerado um dos fatores chave para a melhoria de comportamentos alimentares em adultos (Sharma et al, 2008; Toral e Slater, 2007). Alguns ensaios clínicos, por meio de diferentes estratégias para mudança do comportamento alimentar, mostraram resultados satisfatórios em relação aos parâmetros metabólicos e fatores de risco associados ao desenvolvimento de DCNT (Rickheim et al, 2002; Aldana et al, 2005). Inelmen et al (2005) sugerem que um programa com reuniões em grupo periódicas seria uma medida eficaz para melhorar o nível de adesão. Contudo, em outros trabalhos não foram observados resultados positivos (Glenny et al, 1997; Harvey et al, 1999), o que sugere que as estratégias de intervenção precisam ser melhor avaliadas, em termos de diferentes parâmetros de saúde e comportamento (Buss, 2000).

A promoção da saúde no ambiente de trabalho é potencialmente adequada para reduzir taxas de absenteísmo, rotatividade dos funcionários e gastos com tratamentos e melhorar a produtividade, uma vez que podem reduzir a prevalência de obesidade, diabetes e fatores de risco para doenças cardiovasculares nesses ambientes (WHO/WEF, 2008; LABORSTA, 2009). Atualmente, empresas têm buscado maneiras de melhorar a saúde do seu trabalhador por meio de palestras educativas. Entretanto, ainda não foi suficientemente demonstrado a eficácia desse tipo de ação.

Este estudo teve por objetivo avaliar os efeitos de um programa de aconselhamento nutricional de curto prazo, voltado para trabalhadores com excesso de peso. Adotou-se metodologia interativa para a promoção de escolhas mais saudáveis em diferentes situações cotidianas. A avaliação da intervenção baseou-se nas práticas alimentares e parâmetros de saúde, em comparação aos produzidos por uma intervenção padrão, com palestras educativas.

5.4. MÉTODOS

5.4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo de intervenção, randomizado por conglomerado realizado entre os anos de 2007 e 2008. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e dispôs de financiamento do CNPq.

5.4.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO

Das seis empresas públicas do Distrito Federal que se interessaram pelo projeto, três foram aleatoriamente selecionadas para realização de um programa de educação nutricional e nas outras três foram proferidas palestras sobre saúde e nutrição. Os funcionários das empresas do programa de educação e de palestras compuseram, respectivamente, os grupos de intervenção (Grupo Programa - GPr) e controle (Grupo Palestra - GPa). Todas as empresas possuíam restaurante de autosserviço e unidade de saúde local e as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores eram fundamentalmente administrativas.

Para o cálculo amostral considerou-se a frequência de consumo de frutas e hortaliças cruas, a partir de população semelhante de outro estudo (Nascimento, 2003), e metas de alteração dessas frequências após a intervenção. Os parâmetros fixos para cálculo de tamanho de amostra foram: probabilidade de erro I ($\alpha < 0,05$) e erro II ($\beta < 0,10$) (Holley et al, 2001). Estimou-se amostra de 240 participantes, representada pelos grupos de intervenção e controle.

Entrevistaram-se todos os trabalhadores das 6 empresas que se interessaram em participar do projeto. Foram incluídos os indivíduos de ambos os sexos com idade entre 18 e 65 anos, índice de massa corporal (IMC) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, escolaridade igual ou superior ao ensino médio completo e que almoçavam, no mínimo, 3 vezes durante a semana no restaurante da empresa. Foram excluídos gestantes e aqueles voluntários que apresentaram perda ponderal maior ou igual a 3 kg nos últimos 2 meses, estavam em acompanhamento nutricional, apresentavam doenças cujo tratamento envolvesse restrições alimentares ou uso de medicamentos que provocasse alteração de peso corporal.

5.4.3. MÉTODOS E TÉCNICAS

Em ambos os grupos aplicou-se questionário para coleta das seguintes informações: idade, sexo, nível de escolaridade, classe de renda (ANEP, 2003), autopercepção do estado de saúde, conhecimento de comorbidades, nível de atividade física e dados de consumo alimentar. Para nível de atividade física os participantes foram classificados em sedentários e não sedentários. Foi considerado como nível de atividade física sedentário, quando o participante referia não praticar atividade física nos últimos 3 meses, como caminhar ou praticar atividades que o fizessem suar ou aumentar a respiração por pelo menos 10 minutos por semana. O consumo alimentar foi avaliado pela aplicação de questionário de frequência alimentar semiquantitativo.

No GPr foi realizada proposta de aconselhamento nutricional, com 9 horas de duração, distribuídas em 6 sessões semanais consecutivas, em grupos de no máximo 20 participantes. O programa foi baseado em metodologia participativa, envolvendo componentes teóricos e práticos para incentivar escolhas alimentares saudáveis (Quadro 1). Para o GPa, foram distribuídos folhetos educativos e realizadas duas palestras sobre o tema “Alimentação Saudável e Qualidade de vida”. As atividades foram testadas durante o estudo piloto, para que houvesse padronização dos procedimentos.

Foram aferidos peso (balança portátil digital SECA® modelo 872), altura (estadiômetro portátil SANY® modelo personal caprice), circunferência abdominal, determinado pelo ponto médio localizado entre a última costela e crista ilíaca (fita métrica inelástica CARDIOMED®) e medida da pressão arterial (esfigmomanômetro automático digital OMRON® modelo HEM-705CP), segundo procedimentos padronizados (SBC, 2006). Todos os participantes foram avaliados no início e ao final do período de intervenção, mesmo aqueles que não compareceram em todas as atividades previstas.

O resultado primário da intervenção foi a adoção de práticas alimentares saudáveis, determinadas, neste estudo, por: consumo raro de frituras, ou seja, no máximo duas vezes por mês; não adição de sal às refeições já prontas; fracionamento adequado das refeições em no mínimo 5 vezes por dia; consumo regular de frutas e de hortaliças, por no mínimo 5 dias na semana. A alimentação foi considerada saudável quando o indivíduo apresentava pelo menos três das práticas alimentares saudáveis referidas. Também foram resultados da intervenção o estado de saúde, avaliado pelo peso corporal, circunferência abdominal e pressão arterial.

QUADRO 1. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DO ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL EM GRUPO (GPR) E DAS PALESTRAS (GPA) PARA TRABALHADORES COM EXCESSO DE PESO. BRASÍLIA, DF, 2008.

| Tema | | Conteúdos abordados |
|-------------|--|--|
| GPr | | |
| 1ª sessão | Importância e dificuldades para adoção da alimentação saudável | Quadro epidemiológico brasileiro de doenças crônicas não transmissíveis. Hábitos e escolha dos alimentos. Identificação de barreiras para uma alimentação saudável e estratégias para vencê-las. Estímulo ao automonitoramento. |
| 2ª sessão | Princípios de uma alimentação saudável | Benefícios da manutenção do peso saudável e atividade física. Atributos de uma alimentação saudável e grupos alimentares segundo guia alimentar para a população brasileira (Brasil, 2006). |
| 3ª sessão | Refeições saudáveis | Como compor um almoço saudável e fazer escolhas saudáveis em um restaurante de autosserviço. Importância de pensar em longo prazo a manutenção de hábito alimentar saudável. |
| 4ª sessão | Alimentos - o que evitar e o que consumir | Problemas relacionados ao alto consumo de alimentos ricos em gorduras, açúcares ou sal. Tipos de gordura e sua ação no organismo. Importância do consumo de frutas e hortaliças para a saúde e sua relação com a perda de peso. |
| 5ª sessão | Informações nutricionais dos rótulos dos alimentos | Conteúdo da rotulagem nutricional e outros aspectos de embalagens de alimentos. Diferenciação e indicação correta de alimentos dietéticos e baixo teor de nutrientes. |
| 6ª sessão | Experiências positivas | Depoimentos ou estudos de casos de experiências bem sucedidas. |
| GPa | | |
| 1ª palestra | Alimentação Saudável e Qualidade de Vida | Quadro epidemiológico brasileiro de doenças crônicas não transmissíveis. Benefícios da manutenção do peso saudável e atividade física. Atributos de uma alimentação saudável e grupos alimentares segundo Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2006). |
| 2ª palestra | Escolhas saudáveis em restaurantes autosserviço | Como compor um almoço saudável e fazer escolhas saudáveis em um restaurante de autosserviço. Importância de pensar em longo prazo a manutenção de hábito alimentar saudável. |

5.4.4. ANÁLISE DE DADOS

Foi utilizado o programa SPSS, versão 16.0. Para as análises da avaliação dos resultados foram incluídos apenas aqueles participantes que compareceram a pelo menos 50% das atividades programadas, ou seja, no mínimo 3 sessões do GPr ou 1 palestra do GPa. Aplicaram-se testes t de Student pareado e independente, qui-quadrado e teste do sinal, para comparar os resultados antes e após a intervenção. Aplicou-se regressão logística controlada para sexo, para investigar a chance dos participantes que adotaram determinadas práticas alimentares saudáveis terem pertencido ao grupo de aconselhamento nutricional em grupo (variável desfecho). Resultados foram considerados estatisticamente significativos se $p < 0,05$.

5.5. RESULTADOS

De 383 indivíduos que se inscreveram no projeto, 240 atenderam aos critérios de inclusão (127 do grupo programa - GPr e 113 do grupo palestra - GPa). No total, mais de 40% dos participantes não compareceram a pelo menos 50% das atividades programadas. A participação ao longo da intervenção é apresentada na figura 1. Não houve diferença significativa do nível de participação entre os dois grupos ($p=0,672$).

Quanto ao perfil amostral, houve diferença significativa entre os grupos apenas para o sexo, sendo o maior número de mulheres no grupo programa. A maioria dos participantes de ambos os grupos referiram percepção positiva do próprio estado de saúde, apesar de mais de um terço ter conhecimento de diagnóstico de comorbidades, como hipertensão, hipercolesterolemia e diabetes. Menos de 20% dos participantes dos dois grupos eram sedentários. Quando se comparou os participantes com assiduidade de pelo menos 50%, com os de menor participação (menos que 50%), em ambos os grupos, observou-se maior frequência de comorbidades autorreferidas entre os com maior participação. Para as outras variáveis, entretanto, na análise intra e entre os grupos, não houve diferença significativa quanto ao perfil amostral, independente do nível de participação (Tabela 1).

Os resultados da tabela 2 mostram que, considerando os que apresentaram participação de pelo menos 50% das atividades programadas, não houve perda ponderal ou alteração de outros parâmetros de saúde após a intervenção, exceto pressão arterial diastólica para o GPr. Em ambos os grupos, houve redução significativa do consumo energético (Kcal e Kcal/KgP). O percentual de consumo protéico, em relação ao valor energético total, sofreu aumento nos dois grupos. Já para o percentual de lipídios da dieta, observou-se redução significativa apenas no GPr. Não houve diferença entre os grupos para todos os parâmetros estudados.

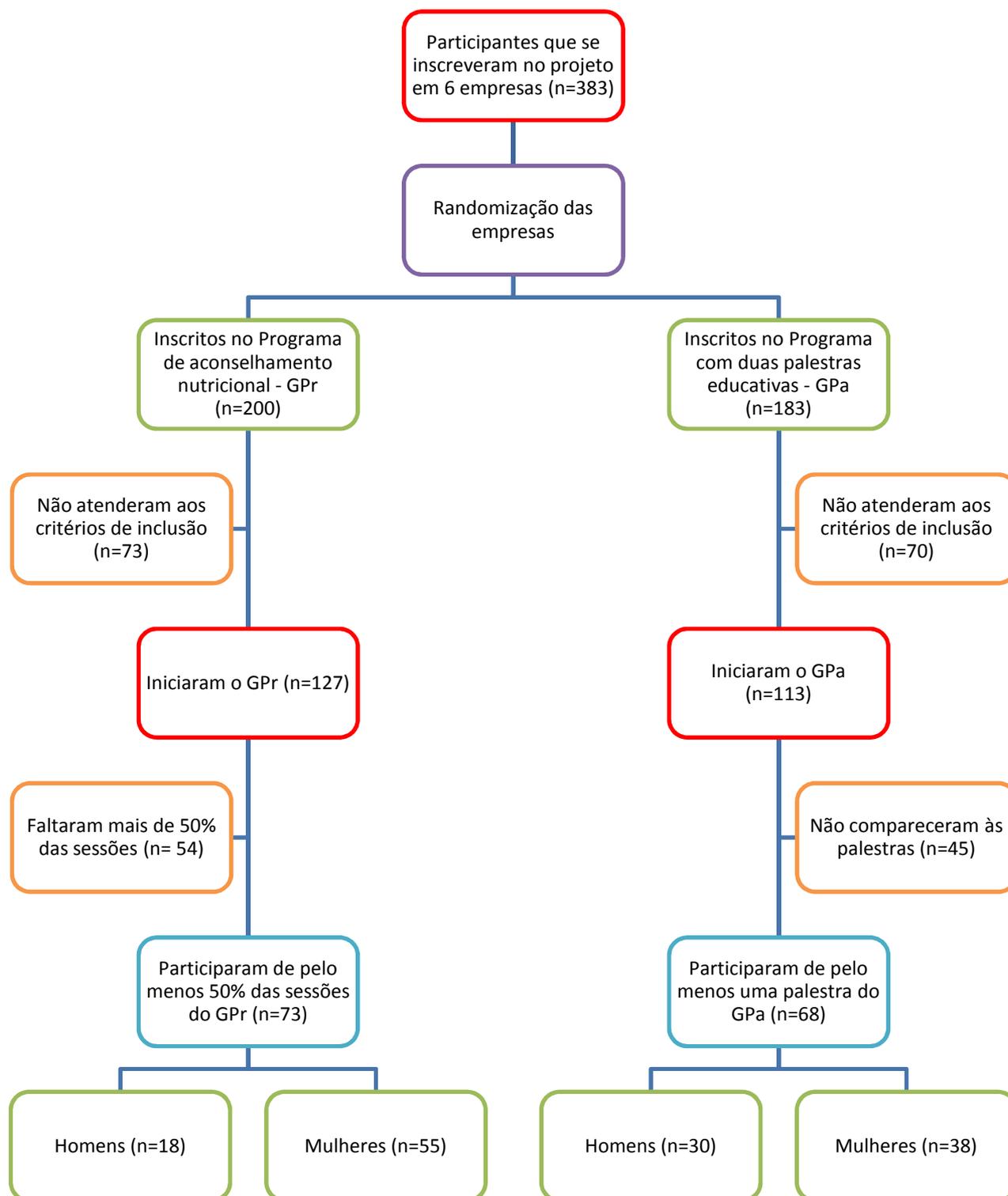


FIGURA 1. PROCESSO DE AMOSTRAGEM E PERDAS DURANTE O PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NOS GRUPOS DE ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL (GPR) E PALESTRA (GPA). BRASÍLIA, DF, 2008.

TABELA 1. PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO, PARÂMETROS DE SAÚDE E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA (%) DOS GRUPOS PROGRAMA DE ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL (GPR) E PROGRAMA DE PALESTRAS EDUCATIVAS (GPA), SEGUNDO AMOSTRA INICIAL, FINAL E NÍVEL DE PARTICIPAÇÃO*. BRASÍLIA, DF, 2008.

| | Amostra inicial | | | Amostra dos que participaram de pelo menos 50% das atividades programadas | | | Amostra dos que participaram em menos que 50% das atividades programadas | | | Valor de p ^a (participação de pelo menos 50% x menos de 50% das atividades propostas) | |
|---|-----------------|---------|----------------|---|--------|----------------|--|--------|----------------|--|--------------|
| | GPr | GPa | P ^a | GPr | GPa | P ^a | GPr | GPa | P ^a | GPr | GPa |
| | n = 127 | n = 113 | | n = 73 | n = 68 | | n = 54 | n = 45 | | | |
| Idade | | | | | | | | | | | |
| Até 29 anos | 13 | 18 | | 8 | 16 | | 19 | 20 | | | |
| 30 a 49 anos | 64 | 60 | 0,456 | 65 | 62 | 0,225 | 63 | 58 | 0,861 | 0,090 | 0,763 |
| 50 e mais anos | 23 | 22 | | 66 | 22 | | 18 | 22 | | | |
| Sexo feminino | 69 | 56 | 0,042 | 75 | 56 | 0,015 | 59 | 56 | 0,710 | 0,054 | 0,973 |
| Ensino superior completo | 60 | 70 | 0,104 | 55 | 68 | 0,118 | 67 | 73 | 0,472 | 0,177 | 0,519 |
| Classe A ou B de renda^b | 87 | 91 | 0,418 | 86 | 90 | 0,515 | 88 | 93 | 0,567 | 0,728 | 0,665 |
| Estado de saúde positivo autorreferido | 66 | 68 | 0,767 | 69 | 67 | 0,727 | 60 | 70 | 0,360 | 0,281 | 0,729 |
| Conhecimento de comorbidades^c | 46 | 39 | 0,298 | 54 | 46 | 0,310 | 33 | 22 | 0,351 | 0,024 | 0,035 |
| Nível sedentário de atividade física^d | 14 | 19 | 0,379 | 13 | 15 | 0,752 | 16 | 27 | 0,255 | 0,713 | 0,194 |

* Amostra separada de acordo com o nível de participação em pelo menos ou menos que 50% das atividades programadas;

a Chi-quadrado;

b Segundo Critérios de Classificação Econômica Brasil (ANEP, 2003): renda familiar média superior ou igual a R\$ 1.669,00;

c Hipertensão arterial, hipercolesterolemia e/ou diabetes;

d Nível de atividade física sedentário: quando o participante referia não praticar atividade física nos últimos 3 meses, como caminhar ou praticar atividades que o fizessem suar ou aumentar a respiração por pelo menos 10 minutos por semana.

TABELA 2. ANTROPOMETRIA, PRESSÃO ARTERIAL E CONSUMO ALIMENTAR – ENERGIA, MACRONUTRIENTES E FIBRAS – (MÉDIA ± DESVIO PADRÃO) ANTES E APÓS INTERVENÇÃO NOS GRUPOS PROGRAMA DE ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL (GPR) E PROGRAMA DE PALESTRAS EDUCATIVAS (GPA). BRASÍLIA, DF, 2008.

| | GPr <i>n</i> = 73* | | | GPa <i>n</i> = 68* | | | Valor de <i>p</i> entre os grupos ^b | |
|--|-----------------------|----------------|-----------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|--|------------------|
| | Início | Final | <i>p</i> ^a | Início | Final | <i>p</i> ^a | Início | Varição ao final |
| Peso (Kg) | 81,6 ±16,2 | 81,6 ±16,3 | 0,622 | 84,7 ±17,8 | 84,6 ±17,7 | 0,755 | 0,340 | 0,988 |
| Índice de Massa Corporal (Kg/m ²) | 31,4 ±7,3 | 31,3 ±7,3 | 0,583 | 30,2 ±4,8 | 30,2 ±4,9 | 0,844 | 0,236 | 0,881 |
| Circunferência abdominal (cm) | 99,7 ±13,5 | 99,1 ±11,2 | 0,555 | 100,1 ±14,6 | 100,6 ±14,6 | 0,355 | 0,882 | 0,351 |
| Pressão arterial sistólica (mmHg) | 125,3 ±14,1 | 123,1 ±18,1 | 0,162 | 125,8 ±19,0 | 125,9 ±15,7 | 0,890 | 0,972 | 0,242 |
| Pressão arterial diastólica (mmHg) | 81,8 ±11,0 | 79,2 ±10,8 | 0,004 | 79,9 ±10,4 | 79,8 ±9,3 | 0,840 | 0,197 | 0,062 |
| Consumo energético (kcal) | 2267 ±699 | 2019 ±534 | 0,005 | 2440 ±903 | 2126 ±682 | <0,001 | 0,202 | 0,578 |
| Consumo energético pelo peso corporal (Kcal/KgP) | 28,3 ±8,5 | 25,7 ±8,1 | 0,010 | 29,4 ±10,4 | 25,9 ±9,1 | 0,001 | 0,377 | 0,561 |
| Carboidratos (% valor energético da dieta) | 42,7 ±6,9 | 43,7 ±7,3 | 0,304 | 44,6 ±7,6 | 43,9 ±7,4 | 0,500 | 0,232 | 0,231 |
| Proteínas (%valor energético da dieta) | 14,5 ±3,5 | 15,6 ±3,8 | 0,028 | 15,5 ±3,8 | 16,5 ±3,8 | 0,008 | 0,146 | 0,968 |
| Lipídios (%valor energético da dieta) | 30,6 ±6,2 | 28,8 ±7,1 | 0,035 | 30,2 ±6,3 | 30,4 ±7,1 | 0,829 | 0,835 | 0,113 |
| Fibras (g) | 20,3 ±9,3 | 21,3 ±10,2 | 0,323 | 22,4 ±9,4 | 22,1 ±10,0 | 0,794 | 0,259 | 0,415 |

* Apenas participantes que completaram pelo menos 50% de frequência;

a Teste t-pareado;

b Teste t-independente.

Entre as práticas alimentares associadas à alimentação saudável avaliadas (Tabela 3) um maior número de participantes do GPr passaram a apresentar, ao final da intervenção, consumo regular de frutas e de hortaliças, consumo raro de frituras e adoção de pelo menos 3 práticas alimentares saudáveis. Ambos os grupos apresentaram maior frequência de participantes com fracionamento adequado das refeições, além de redução na prática de adicionar sal às refeições já prontas, após a intervenção.

TABELA 3. FREQUÊNCIA DE ADOÇÃO DE PRÁTICAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS (%) ANTES E APÓS INTERVENÇÃO NOS GRUPOS PROGRAMA DE ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL (GPr) E PROGRAMA DE PALESTRAS EDUCATIVAS (GPa). BRASÍLIA, DF, 2008.

| | GPr <i>n</i> = 73* | | | GPa <i>n</i> = 68* | | |
|---|-----------------------|-------|-----------------------|-----------------------|-------|-----------------------|
| | Início | Final | <i>p</i> ^a | Início | Final | <i>p</i> ^a |
| Fracionamento das refeições adequado^b | 36 | 59 | 0,009 | 29 | 46 | 0,003 |
| Consumo regular de frutas^c | 61 | 91 | <0,001 | 50 | 62 | 0,332 |
| Consumo regular de hortaliças^c | 84 | 97 | 0,012 | 73 | 77 | 0,754 |
| Consumo raro de frituras^d | 17 | 40 | 0,001 | 15 | 13 | 1,000 |
| Não adição de sal às refeições prontas | 45 | 77 | <0,001 | 53 | 67 | 0,007 |
| Adoção de alimentação saudável^e | 46 | 87 | <0,001 | 41 | 58 | 0,077 |

* Apenas participantes que completaram pelo menos 50% de frequência;

a Teste do Sinal;

b Pelo menos 5 refeições por dia;

c Pelo menos 5 vezes por semana;

d No máximo duas vezes por mês;

e Pelo menos 3 práticas alimentares saudáveis.

A tabela 4 apresenta o resultado da regressão logística, controlada pelo sexo, realizada para avaliar efeito do programa de aconselhamento nutricional em grupo, na adoção de práticas alimentares saudáveis. Considerou-se como variável desfecho a chance das práticas alimentares avaliadas pertencerem aos participantes do grupo de aconselhamento nutricional. A análise univariada relacionada ao momento inicial da intervenção confirma que os participantes apresentavam perfil homogêneo quanto às práticas alimentares, uma vez que para todas elas não houve diferenças significativas da razão de chance das práticas serem dos participantes do GPr. Já para o momento final da etapa univariada, entre os que adotaram práticas alimentares saudáveis, como consumir regularmente frutas e hortaliças e ingerir frituras em frequência inferior a duas vezes por mês, a chance dos participantes fazerem parte do GPr foi significativamente superior. Quando realizada a análise multivariada, houve aumento de mais do que 5 vezes a chance de pertencer ao programa de aconselhamento nutricional em grupo, os indivíduos que ao final da intervenção apresentaram consumo regular de frutas e hortaliças.

TABELA 4. RAZÃO DE CHANCES (RC) DAS PRÁTICAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS SEREM PROVENIENTES DE PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL EM GRUPO PARA TRABALHADORES*. BRASÍLIA, DF, 2008.

| | Regressão Logística Univariada | | | | | | Regressão Logística Multivariada (Final) | | |
|---|--------------------------------|---------------|-------|-------|----------------|--------|--|----------------|-------|
| | Início | | | Final | | | RC | IC 95% | P |
| | RC | IC 95% | p | RC | IC 95% | p | | | |
| Fracionamento das refeições adequado^a | 1,300 | 0,726 – 2,329 | 0,378 | 1,379 | 0,855 – 2,225 | 0,187 | - | - | - |
| Consumo regular de frutas^b | 1,303 | 0,828 – 2,051 | 0,253 | 6,359 | 2,386 – 16,946 | <0,001 | 5,189 | 1,883 – 14,298 | 0,001 |
| Consumo regular de hortaliças^b | 1,229 | 0,840 – 1,799 | 0,288 | 9,625 | 2,089 – 44,340 | 0,004 | 6,604 | 1,355 – 32,183 | 0,019 |
| Consumo raro de frituras^c | 1,200 | 0,518 – 2,777 | 0,670 | 3,375 | 1,533 – 7,429 | 0,003 | - | - | - |
| Não adição de sal às refeições prontas | 0,889 | 0,552 – 1,431 | 0,628 | 1,300 | 0,861 – 1,963 | 0,212 | - | - | - |

* Regressão logística, controlada para variável sexo. Ter participado do programa de palestras educativas (RC = 1) e do programa de aconselhamento nutricional (variável desfecho). Foram incluídos na análise apenas indivíduos que participaram de pelo menos 50% das atividades programadas (n = 141);

a Pelo menos 5 refeições por dia;

b Pelo menos 5 vezes por semana;

c No máximo duas vezes por mês.

5.6. DISCUSSÃO

O modelo de intervenção empregado neste estudo visou adoção de práticas alimentares saudáveis e controle de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) entre trabalhadores, com excesso de peso. Apesar da aceitação inicial de uma proposta de programa educacional conduzida na própria empresa, as taxas de desistência em ambas as intervenções foram altas e semelhantes. Baixos níveis de adesão aos programas dietéticos de intervenção foram atribuídos à dificuldade de emagrecimento e precária manutenção dos resultados (Bautista-Castaño et al, 2004). Neste estudo, não foram avaliados os motivos das desistências. Apenas 60 % dos trabalhadores participaram de pelo menos 50% das atividades programadas nos grupos de aconselhamento nutricional e de palestras, sem que houvesse diferença significativa quanto ao perfil sócio demográfico e autopercepção de um bom estado de saúde entre os que apresentaram maior e menor nível de participação, em ambos os grupos. Contudo, observou-se que, considerando-se a amostra inicial nos dois grupos, aqueles com maior participação apresentavam maior frequência de doenças autorreferidas, o que sugere que o conhecimento prévio de diagnóstico de DCNT pode motivar a participação em programas de intervenção. No estudo de Inelmen et al (2005), a taxa de desistência foi ainda mais alta, chegando a 80%.

Horn et al. (1997), no *Multiple Risk Factor Intervention Trial* (MRFIT), encontraram uma forte associação entre as variáveis sociodemográficas e os fatores de risco cardiovascular, coletadas no início do programa e a adesão à dieta de intervenção, avaliada durante o seguimento da intervenção em 6 anos, sendo maior para os participantes com taxas de colesterol e pressão sanguínea diastólica mais elevadas. O sobrepeso, entretanto, foi um fator de menor adesão. Ainda, Paisley et al (2008) observaram em seu estudo que a maior parte dos indivíduos que realizavam mudanças nas dietas as realizavam em decorrência de um diagnóstico de doença (doença cardiovascular, diabetes, câncer, hipoglicemia, AIDS, úlcera, alergias).

Ainda com relação ao perfil amostral, observou-se maior participação de mulheres no período inicial da intervenção, para o grupo de aconselhamento nutricional. Esta diferença se manteve, quando foram considerados apenas os participantes que apresentaram assiduidade maior que 50%, em ambos os grupos de estudo. Em vários trabalhos observou-se que os cuidados com alimentação e saúde são superiores entre as mulheres (Horn et al, 1997; Marinho et al, 200; Assis e Nahas, 1999), o que pode ter traduzido também em maior procura e permanência em um programa de educação nutricional, por parte das mulheres, no presente estudo.

Independentemente da variável sexo, aplicando-se metodologia semelhante, o aconselhamento nutricional testado por Aldana et al (2005) promoveu melhora significativa em curto prazo (1 mês) no conhecimento em saúde e variáveis dietéticas e metabólicas, como percentual de gordura corporal, frequência cardíaca de repouso, colesterol total, LDL-colesterol, e pressão arterial sistólica e diastólica. Em outros estudos, algumas modificações do padrão alimentar, mesmo não alterando em curto prazo o estado de saúde, puderam ser alcançadas com modelos de aconselhamento nutricional (Rickheim et al, 2002; Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group, 2003).

Exceto pela redução isolada da pressão arterial diastólica entre os participantes do programa de aconselhamento nutricional em grupo, nenhum dos parâmetros de saúde avaliados, incluindo redução de IMC e da circunferência abdominal, apresentou melhora quando se analisou a intervenção intra grupo, ou comparando-se esses resultados, com o grupo controle. O tempo de estudo do presente modelo pode não ter sido suficiente para observar modificações na situação de saúde dos participantes. Guimarães et al (*in press*), em estudo de intervenção com população semelhante, também não foram capazes de encontrar resultados positivos para a situação de saúde. Além disso, a alta taxa de desistência, acarretando em um número amostral menor do que o estimado como necessário no desenho do estudo, pode ter reduzido o poder de teste para detectar diferenças nos parâmetros de saúde, intra e entre os grupos.

Em ambas as intervenções houve redução significativa no consumo energético dos participantes. Apesar de questionários de frequência de consumo alimentar serem instrumentos válidos para a classificação de

indivíduos de acordo com a ingestão de grupos de alimentos e nutrientes, é comum o subrelato entre indivíduos com excesso de peso, o que se traduz na ausência de correlação entre o consumo energético e o peso (Oliveira, 2002). É possível que tal situação tenha ocorrido no presente estudo, uma vez que não houve perda de peso durante as intervenções mesmo com a redução do consumo energético avaliada pelo questionário de frequência alimentar aplicado. Acredita-se que o subrelato observado se deve à tendência dos indivíduos relatarem ao final da intervenção o consumo de acordo com as diretrizes preconizadas. Da mesma forma, Johnson et al (2005), após 6 meses de acompanhamento de mulheres com sobrepeso e obesidade, verificaram que o subrelato é maior após o término de programas para perda peso, sugerindo que essa alteração aconteça para coincidir com as recomendações recebidas no decorrer do tratamento.

Com relação às práticas alimentares, para todos os parâmetros estudados, houve aumento significativo da frequência de participantes do grupo de aconselhamento, que aderiram às práticas alimentares saudáveis, o que não ocorreu neste mesmo nível, com os participantes do grupo palestra. Na análise de regressão logística, uma vez que a participação feminina era diferente entre os grupos, optou-se por controlar a variável sexo, para avaliar a adoção de práticas alimentares saudáveis. Nesta etapa, observaram-se razões de chances significativas e superiores a 5 vezes de indivíduos com consumo regular de frutas e hortaliças terem participado do programa de aconselhamento nutricional e não ao programa de palestras. Isto indica que pelo menos para estes dois parâmetros, a intervenção em grupo com metodologia participativa, foi mais eficaz que a simples apresentação de palestras e distribuição de folhetos educativos.

Segundo a OMS, a baixa ingestão de frutas e hortaliças está entre os dez fatores de risco modificáveis que mais contribuem para a carga global de doenças. Potencialmente mais de 2,7 milhões de vidas poderiam ser salvas todos os anos se cada pessoa consumisse quantidades adequadas de frutas e hortaliças (WHO, 2002). Atualmente existe evidência considerável que aponta para a associação positiva entre o consumo de frutas e hortaliças e a redução dos fatores de risco para as DCNT. A OMS recomenda a ingestão individual de pelo menos 400g de frutas, legumes e verduras por dia, o equivalente a cinco porções diárias de 80g cada (FAO/WHO, 2003). No Brasil, o Guia Alimentar para a População Brasileira recomenda o consumo de três porções de frutas e três de legumes e verduras nas refeições diárias (BRASIL, 2006).

O consumo regular de frutas e hortaliças, avaliado no presente estudo, é menos rigoroso e mais flexível que os recomendados pela OMS e Ministério da Saúde. Ainda assim, considera-se relevante utilizá-lo como referencial para o consumo desses alimentos. Isso porque os resultados da pesquisa VIGITEL 2006, que utiliza esse referencial de consumo, apontam para o baixo consumo de frutas e hortaliças pela população

brasileira. O estudo observou uma frequência de 23,9% de consumo regular de frutas e hortaliças (em conjunto) na população adulta das 27 cidades estudadas e de 30,8% na população do Distrito Federal (Moura et al, 2008). Assim, diante da ingestão insuficiente destes grupos alimentares e outras práticas inadequadas, investiga-se metodologias que garantam intervenções nutricionais mais eficientes, em termos de conhecimento e comportamento alimentar.

Alguns estudos não encontraram resultados superiores em estratégias de intervenções tradicionais, com modelos de programas mais intensivos. Siero et al (2000) compararam três tipos de intervenção para a promoção da alimentação saudável. O primeiro grupo recebeu cuidados convencionais por meio de material didático enviado por correio, o segundo grupo participou de três encontros em grupo de duas horas cada e o terceiro grupo recebeu a mesma intervenção do segundo grupo, porém, recebeu também informações individualizadas (segundo a atitude, autoeficácia, contexto social e fase de mudança do comportamento) por correio entre o segundo e terceiro encontros em grupo. O estudo não observou uma maior eficácia para aumentar a atitude positiva, intenção de consumo e consumo de peixes, frutas e hortaliças da intervenção associada às informações individualizadas em relação a intervenção simples, esses benefícios ao comportamento alimentar foram observados em ambos os grupos de intervenções mais elaboradas, em relação aos cuidados convencionais do primeiro grupo.

No estudo conduzido por Rickheim et al (2002) foi observado que intervenções em grupo ou individuais são igualmente efetivas quando se utilizou método sistemático com 4 sessões sequenciais em intervalos de tempo consistentes por um período de 6 meses para uma população de diabéticos. Os resultados demonstraram que a educação das duas formas resultou em melhorias similares no conhecimento, comportamento e resultados clínicos. Em ambos os tipos de intervenção houve melhora no IMC, conhecimento, automonitoramento, qualidade de vida relacionada à saúde, atitudes e utilização dos medicamentos. Os pesquisadores, entretanto, acreditam que atividades em grupo devem ser cuidadosamente estudadas, para se determinar a efetividade segundo tamanho do grupo, tempo de intervenção e tipo de atividade.

Paralelamente, estudo realizado por Melin et al (2003) com pacientes obesos que apresentavam comorbidades observou que a perda de peso e a adesão foram semelhantes entre os pacientes submetidos a uma intervenção mais intensiva, com encontros mais frequentes, e os submetidos a uma intervenção menos intensiva, com encontros menos frequentes. Mais recentemente, Alvarez e Zanella (2009) realizaram um estudo para avaliar o impacto de dois programas de educação nutricional com frequências de reuniões diferentes sobre o risco cardiovascular em pacientes hipertensos com excesso de peso. Mais uma vez, os resultados entre os dois grupos foram semelhantes, indicando que a frequência

quinzenal de atendimentos não é mais efetiva que a mensal. Nesse estudo, a intervenção nutricional de curto prazo foi eficaz para estimular a mudança qualitativa dos hábitos alimentares e reduzir os fatores de risco cardiovascular.

Não se conhecem estudos que avaliaram um programa de aconselhamento nutricional em grupo, voltado especificamente para trabalhadores de uma região urbana, cujo grupo controle foi estabelecido pelo modelo de palestras educativas, neste último caso, utilizadas frequentemente como ferramenta de orientação nutricional. Para Assis e Nahas (1999), a assistência nutricional é mais do que fornecer uma informação, é a interação entre o profissional e o indivíduo para a resolução dos problemas e a descoberta pessoal do significado das soluções para a sua vida, que depende da tecnologia empregada. No campo da alimentação, é imperativa a necessidade de recusar métodos de aconselhamento dogmáticos e padronizados. A intervenção deve ser elaborada na perspectiva de inserir uma ação educativa de nutrição em um processo que considere valores culturais e históricos do indivíduo para o desenvolvimento de habilidades individuais que permitam enfrentar as questões relacionadas à alimentação e nutrição (Rodrigues et al, 2005; Ferreira e Magalhães, 2007). Palestras educativas dificilmente conseguem ser elaboradas de forma a cumprir essas premissas.

No presente estudo, o programa de aconselhamento nutricional, desenvolvido durante 6 semanas, não foi suficiente para promover perda de peso e alteração de outros fatores de risco, como redução da circunferência abdominal e melhora da pressão arterial em curto prazo. Contudo, a adoção de práticas alimentares saudáveis, relacionadas ao consumo regular de frutas e hortaliças, foi mais eficientemente alcançada, a partir da intervenção em grupo, o que sugere que as palestras educativas não devem ser realizadas isoladamente, mas ao contrário, devem ser acompanhadas de um modelo mais elaborado de intervenção.

Foram limitações da presente pesquisa o período curto de intervenção, a falta de informações acerca das barreiras apresentadas para participação no programa e adesão às práticas alimentares e a não participação dos nutricionistas responsáveis pela unidade de produção de refeições da empresa.

5.7. IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA E A PRÁTICA

A eficácia do aconselhamento nutricional individual no atendimento primário, oferecida pelos médicos, enfermeiros é limitada. A educação alimentar em grupo oferece como vantagem o compartilhamento de experiências e melhor aproveitamento do profissional, o que oferece suporte à mudança de comportamento (Siero et al, 2000). Entretanto, as descrições de intervenções disponíveis em literatura,

precisam ser melhor embasadas em teorias de mudança de comportamento, e envolvem uma série de técnicas para identificar o que funciona e o que não funciona (Cerin et al, 2009; Assis e Nahas, 1999). Isto é especialmente verdade, quando as intervenções são aplicadas no próprio ambiente de trabalho, ainda que se reconheçam as vantagens desse ambiente de intervenção (WHO/WEF, 2008; LABORSTA, 2009). Este estudo buscou contribuir nesta linha, apresentando uma proposta de intervenção nutricional desenvolvida nas empresas, acompanhada de um modelo de avaliação.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os conhecimentos atuais sobre efetividade, relação custo e benefício e impacto em saúde de programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho necessitam de fortalecimento. Isso porque há uma escassez de informação e estudos de caso de países de média e baixa renda (WHO/WEF, 2008). Guias efetivos para intervenções no ambiente de trabalho são importantes, uma vez que as atividades desenvolvidas pelos empregadores para a promoção da saúde sofrem uma grande variação, passando por subsídios para academias, aulas de culinária e controle de peso e serviços de alimentação saudáveis (Cousineau et al, 2008).

Assim, reconhece-se o benefício de adoção de práticas alimentares saudáveis, como forma de enfrentamento de problemas, como excesso de peso e outros fatores de risco para DCNT na população adulta trabalhadora. Contudo, ainda é necessário aprimorar as estratégias de educação nutricional, definir o período adequado de intervenção e estabelecer as formas de avaliação dos resultados.

5.8. REFERÊNCIAS

1. Aldana SG, Greenlaw RL, Diehl HA, Salberg A, Merrill RM, Ohimine S, Thomas C. Effects of an intensive diet and physical activity modification program on the health risks of adults. *J Am Diet Assoc.* 2005; 105: 371-81.
2. 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 Campinas.* 2009; 22 (1): 71-79.
3. ANEP. Critérios de Classificação Econômica Brasil. 2003.
4. Assis MAA, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev Nutr Campinas.* 1999; 12 (1): 33-41.
5. Bautista-Castaño I, Molina-Cabrillana J, Montoya-Alonso JA, Serra-Majem L. Variables predictive of adherence to diet and physical activity recommendations in the treatment of obesity and overweight, in a group of spanish subjects. *Int J Obe.* 2004; 28: 697-705.

6. Bermudez OI, Tucker KL. Trends in dietary patterns of Latin American populations. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2003; 19 (Sup. 1): S87-S99.
7. Brasil. Ministério da Saúde, OPAS, Fiocruz e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Vigilância alimentar e nutricional – Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde / [Andhressa Araújo Fagundes et AL.]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 120p.: Il. color. [Série A. Normas e Manuais Técnicos].
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 210p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL BRASIL 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 90p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL BRASIL 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 135p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL BRASIL 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 111p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
12. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5 (1): 163-177.
13. Cerin E, Barnett A, Baranowski T. Testing Theories of Dietary Behavior Change in Youth Using the Mediating Variable Model with Intervention Programs. *J Nutr Educ Behav*. 2009; 41: 309-318.
14. Cousineau T, Houle B, Bromberg J, Fernandez KC, Kling WC. A pilot study of online workplace nutrition program: the value of participant input in program development. *J Nutr Educ Behav*. 2008; 40: 160-167.
15. FAO/WHO. Diet nutrition and prevention of chronic diseases. Report of a WHO/FAO Expert Consultation on diet, nutrition and prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series, 916, Geneva, 2003.
16. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23 (7): 1674-1681.
17. Figueiredo ICR, Jaime PC, Monteiro CA. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. *Ver Saúde Pública*. 2008; 42 (5): 777-85.

18. Glenny AM, O'Meara S, Melvilla A, Sheldon TA, Wilson C. The treatment and prevention of obesity: a systematic review of the literature. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997; 21:715–737.
19. Guimarães NG, Dutra ES, Ito MK, Carvalho KMB. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e co-morbidades. *In press*.
20. Harvey EL, Glenny AM, Kira SF, Summerbell CD. A systematic review of interventions to improve health professional's management of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999; 23: 1213–1222.
21. Holley SB, Commings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Designing Clinical Research: An Epidemiologic Approach*. Philadelphia: Lippincott. Williams/Wiçkins. 2001. 2nd Ed.
22. Horn LVV, Dolecek TA, Grandits GA, Skweres L. Adherence to dietary recommendations in the special intervention group in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *American Journal of Clinical Nutrition*, Bethesda. 1997; 65 (Supplement): 289S-304S.
23. Inelmen EM, Toffanello ED, Enzi G, Gasparini G, Mioto F, Sergi G, Busetto L. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. *Int J Obes*. 2005; 29: 122-28.
24. Institute of Medicine (US), Food and Nutrition Board. Subcommittee on Interpretation and Uses of Dietary Reference Intakes and the Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes. Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids. National Academy of Sciences, 2005.
25. Institute of Medicine (US), Food and Nutrition Board. Subcommittee on Interpretation and Uses of Dietary Reference Intakes and the Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes. Dietary reference intakes: applications in dietary planning. National Academy of Sciences, 2003.
26. Intakes. *Dietary reference intakes: applications in dietary planning*. National Academy of Sciences, 2003.
27. Johnson RK, Friedman AB, Harvey-Berino J, Gold BC, McKenzie D. Participation in a behavioral weight-loss program worsens the prevalence and severity of underreporting among obese and overweight women. *J Am Diet Assoc*. 2005; 105: 1948-51.
28. LABORSTA, Geneva, International Labour Organization, 2009 (disponível em <http://laborsta.ilo.org/STP/do>, acessado em 07/02/2009).
29. Marinho MCS, Hamann EM, Lima ACCF. Práticas e mudanças no comportamento alimentar na população de Brasília, Distrito Federal, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2007; 7 (3): 251-261.
30. Melin I, Karlström B, Lappalainen R, Berglund L, Mohsen R, Vessby B. A programme of behavior 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.
31. Moura EC, Neto OLM, Malta DC, Moura L, Silva NN, Bernal R, Claro RM, Monteiro CA. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11 (supl 1): 20-37.

32. Nascimento MAB. Avaliação de uma proposta de aconselhamento nutricional para portadores de diabetes tipo II. (Dissertação de Mestrado). Brasília, 2003.
33. Neutzling MB, Rombaldi AJ, Azevedo MR, Hallal PC. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25 (11): 2365-2374.
34. Paisley J, Beanlands H, Goldman J, Evers S, Chappel J. Dietary change: what are the responses and roles of significant others? *J Nutr Educ Behav*. 2008; 40: 80-88.
35. Rickheim PL, Weaver TW, Flader JI, Kendall DM. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. *Diabetes Care*. 2002; 25 (2): 269-74.
36. Rodrigues EM, Soares FFTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev. Nutr. Campinas* 2005; 18 (1): 119-28.
37. SBC (Sociedade Brasileira de Cardiologia), SBH (Sociedade Brasileira de Hipertensão), SBN (Sociedade Brasileira de Nefrologia). V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. 2006.
38. Sharma SV, Gernand AD, Day RS. Nutrition Knowledge Predicts Eating Behavior of All Food Groups Except Fruits and Vegetables among Adults in the Paso del Norte Region: Qué Sabrosa Vida. *J Nutr Educ Behav*. 2008; 40: 361-368.
39. Siero FW, Broer J, Bemelmans WJE, Jong BMM. Impact of group nutrition education and surplus value of Prochaska-based stage-matched information on health-related cognitions and on Mediterranean nutrition behavior. *Health Education Research*. 2000; 15 (5): 635-647.
40. Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12 (6): 1641-1650.
41. Vinholes DB, Assunção MCF, Neutzling MB. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25 (4): 791-799.
42. WHO/WEF. Preventing noncommunicable diseases in the workplace through diet and physical activity: WHO/World Economic Forum report of a joint event. Geneva, 2008.
43. WHO (World Health Organization). The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, 2002. 230p.
44. Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. *JAMA*. 2003; 289; 2083-93.

RESULTADOS COMPLEMENTARES

6. RESULTADOS COMPLEMENTARES

Neste capítulo são apresentados resultados não incluídos no artigo. Na tabela 2 encontra-se o detalhamento do consumo alimentar, avaliado a partir da aplicação de questionário de frequência alimentar semiquantitativo antes e ao final do período de intervenção, nos dois grupos.

A pesquisa envolveu também a coleta de sangue, após jejum de 12 horas, realizada nos postos de saúde das empresas. As amostras foram armazenadas sob refrigeração por até 2 horas e centrifugadas no Laboratório de Nutrição da Universidade de Brasília. Depois, foram transportadas a um laboratório particular para realização das análises bioquímicas.

Dosaram-se colesterol total (método enzimático automatizado), HDL colesterol (método enzimático automatizado), LDL colesterol (cálculo pela fórmula de Friedwald, 1972), VLDL colesterol (cálculo pela fórmula de Friedwald, 1972), triglicerídeos (método enzimático automatizado) e glicemia (método colorimétrico enzimático). Também foram avaliados a insulina de jejum, índices de resistência à insulina (HOMA-IR e HOMA BETA) e perfil de ácidos graxos não esterificados. Estes resultados, antes e depois da intervenção, encontram-se na tabela 3.

Os dados apresentados indicam que houve redução significativa dos seguintes parâmetros de consumo dos participantes do grupo de aconselhamento nutricional: valor energético, carboidratos, lipídios, gorduras saturada, monoinsaturada, poliinsaturada, ômega-3, ômega-6 e trans, colesterol e sódio. Comparando-se os dois grupos, não houveram resultados que apontassem para uma melhor resposta entre os participantes do GPr.

Da resposta bioquímica, apesar do excesso de peso dos participantes, observou-se que apenas os níveis basais LDL colesterol estão, em média, alterados. Surpreendentemente houve piora nos níveis de glicemia de jejum nos pacientes do GPr e de HDL no GPa, ao final da intervenção. Nenhum outro resultado foi estatisticamente significativo.

TABELA 2. CONSUMO ALIMENTAR AVALIADO PELA INGESTÃO ENERGÉTICA, MACRONUTRIENTES, PERFIL DE ÁCIDOS GRAXOS E SÓDIO (MÉDIA ± DP) ANTES E APÓS PROGRAMA DE ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL (GPR) E PROGRAMA DE PALESTRAS EDUCATIVAS (GPA). BRASÍLIA, DF, 2008.

| Indicador | GPr <i>n</i> = 93* | | GPa <i>n</i> = 71* | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| | Início | Final | Início | Final |
| Valor Energético (kcal) | 2272 ± 690 ^c | 2017 ± 522 ^d | 2433 ± 890 ^c | 2118 ± 660 ^d |
| Carboidratos (g) | 247 ± 87 ^a | 220 ± 61 ^b | 268 ± 102 ^a | 231 ± 81 ^b |
| Fibras (g) | 20,4 ± 8,8 | 20,7 ± 9,2 | 22,6 ± 9,1 | 22,2 ± 9,8 |
| Açúcares (g) | 96,5 ± 42,0 | 88,7 ± 32,6 | 104,5 ± 52,5 ^a | 89,0 ± 37,3 ^b |
| Proteínas (g) | 82 ± 28 | 78 ± 27 | 92 ± 32 ^a | 85 ± 25 ^b |
| Lipídios (g) | 78 ± 28 ^c | 66 ± 25 ^d | 81 ± 34 ^a | 70 ± 25 ^b |
| Gordura saturada (g) | 29,2 ± 11,2 ^c | 24,4 ± 10,1 ^d | 31,0 ± 14 ^c | 26,3 ± 10,0 ^d |
| Gordura monoinsaturada (g) | 30,6 ± 11,1 ^c | 25,9 ± 10,5 ^d | 32,0 ± 13,8 ^a | 27,2 ± 9,9 ^b |
| Gordura Poliinsaturada (g) | 9,95 ± 4,09 ^a | 8,41 ± 3,74 ^b | 10,33 ± 4,77 ^a | 9,00 ± 3,81 ^b |
| Ômega-3 (g) | 1,28 ± 0,45 ^a | 1,12 ± 0,42 ^b | 1,35 ± 0,57 ^a | 1,22 ± 0,46 ^b |
| Ômega-6 (g) | 8,65 ± 3,76 ^a | 7,16 ± 3,46 ^b | 8,92 ± 4,24 ^a | 7,68 ± 3,38 ^b |
| Colesterol (mg) | 286 ± 116 ^a | 245 ± 103 ^b | 303 ± 129 ^a | 279 ± 115 ^b |
| Gordura trans (g) | 5,63 ± 2,41 ^a | 4,89 ± 1,59 ^b | 5,81 ± 2,21 ^a | 5,34 ± 2,26 ^b |
| Sódio (mg) | 2303 ± 1086 ^a | 1992 ± 844 ^b | 2423 ± 1058 ^a | 2088 ± 776 ^b |

* Apenas participantes que responderam primeiro e segundo questionários, incluindo os que tiveram frequência inferior a 50% de participação;

a,b *p* < 0,05 ; c,d *p* < 0,001; teste t-student.

TABELA 3. PERFIL BIOQUÍMICO (MÉDIA ± DP) ANTES E APÓS PROGRAMA DE ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL (GPR) E PROGRAMA DE PALESTRAS EDUCATIVAS (GPA). BRASÍLIA, DF, 2008.

| Indicador | GPr | | GPa | |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| | Início | Fim | Início | Fim |
| | n = 73 | | n = 31 | |
| Colesterol total (mg/dL) | 207 ± 43 | 205 ± 31 | 211 ± 42 | 212 ± 46 |
| Triglicerídeos (mg/dL) | 141 ± 65 | 142 ± 58 | 144 ± 71 | 154 ± 85 |
| HDL (mg/dL) | 49 ± 10 | 48 ± 10 | 50 ± 14 ^a | 46 ± 12 ^b |
| LDL (mg/dL) | 132 ± 29 | 127 ± 30 | 132 ± 36 | 133 ± 42 |
| VLDL (mg/dL) | 28 ± 13 | 28 ± 12 | 29 ± 14 | 31 ± 17 |
| Glicemia (mg/dL) | 89,4 ± 31,9 ^a | 91,5 ± 30,9 ^b | 88,9 ± 10,6 | 90,4 ± 10,8 |
| | n = 41 | | n = 16 | |
| Insulina (mg/dL)* | 8,85 ± 8,50 | 6,93 ± 6,50 | 11,78 ± 12,25 | 17,28 ± 26,94 |
| HOMA IR | 2,007 ± 2,158 | 1,687 ± 1,673 | 2,989 ± 2,975 | 8,504 ± 24,311 |
| HOMA BETA | 166 ± 166 ^a | 94 ± 90 ^b | 155 ± 163 | 235 ± 475 |
| Ácidos graxos não esterificados | 0,64 ± 0,30 | 0,69 ± 0,38 | 0,65 ± 0,18 | 0,58 ± 0,21 |

a,b p < 0,05, teste t-student;

* o fim diferenciou-se significativamente (p<0,05) entre os grupos, teste t-student.

CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Com os resultados apresentados é possível concluir que uma intervenção no ambiente de trabalho, visando promoção de práticas alimentares saudáveis, aprimorando conhecimento aplicável no cotidiano, é uma estratégia adequada de curto prazo. Observou-se que consumir frutas e hortaliças de forma regular foi estatisticamente mais frequente entre os participantes do grupo de aconselhamento nutricional.

O período de intervenção, entretanto, não foi capaz de evidenciar se a modificação de comportamento alimentar proporcionada pelo programa educativo seria suficiente para modificar padrões de saúde em uma população de trabalhadores. Os parâmetros antropométricos e bioquímicos avaliados não apresentaram modificações significativas que refletissem em uma redução dos riscos de desenvolver doenças cardiovasculares. Essa redução do risco cardiovascular é de especial importância para a população de estudo, uma vez que eram indivíduos acima do peso e, em grande parte, com comorbidades associadas.

Diante dos resultados e da grande necessidade de programas de promoção da saúde da população economicamente ativa, torna-se imperativa a necessidade de avaliação de estratégias de aconselhamento alimentar e seus efeitos em longo prazo. É relevante avaliar a relação custo e benefício em estudos futuros, de forma a construir argumentos que convençam empregadores a desenvolver atividades que lhes tragam mais benefícios com o menor custo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aldana SG, Greenlaw RL, Diehl HA, Salberg A, Merrill RM, Ohimine S, Thomas C. Effects of an intensive diet and physical activity modification program on the health risks of adults. *J Am Diet Assoc.* 2005; 105: 371-81.
2. 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 Campinas.* 2009; 22 (1): 71-79.
3. ANEP. Critérios de Classificação Econômica Brasil. 2003.
4. Assis MAA, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev Nutr Campinas.* 1999; 12 (1): 33-41.
5. Bautista-Castaño I, Molina-Cabrillana J, Montoya-Alonso JA, Serra-Majem L. Variables predictive of adherence to diet and physical activity recommendations in the treatment of obesity and overweight, in a group of spanish subjects. *Int J Obe.* 2004; 28: 697-705.
6. Bermudez OI, Tucker KL. Trends in dietary patterns of Latin American populations. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2003; 19 (Sup. 1): S87-S99.
7. Boog MCF. Educação nutricional, orientação nutricional e o papel dos nutricionistas na mídia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO, Anais... Brasília, 1998 (vídeo).
8. Boog MCF, Magrini VFPL. Relato de experiência: reeducação alimentar por meio de abordagem interdisciplinar envolvendo as áreas de nutrição e saúde mental. *Rev. Soc. Card Estado de São Paulo.* 1999; 9:1-7.
9. Borges MH, Viana FP e Rezende AD. Obesidade, doenças cardiovasculares e hipertensão. In: DÂMASO, A. Obesidade. São Paulo: Medsi, 2003. p.64-101.
10. Brasil. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF). Tabelas de composição de alimentos. 2ª ed., Rio de Janeiro, 1981. 213 p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. O que é uma alimentação saudável? Considerações sobre o conceito, princípios e características: uma abordagem ampliada. Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/o_que_e_alimentacao_saudavel.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 210p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Trabalhos Desenvolvidos pela Rede de Parceiros em Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 142p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 120p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL BRASIL 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 90p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL BRASIL 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 135p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL BRASIL 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 111p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
18. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5 (1): 163-177.
19. Cerin E, Barnett A, Baranowski T. Testing Theories of Dietary Behavior Change in Youth Using the Mediating Variable Model with Intervention Programs. *J Nutr Educ Behav*. 2009; 41: 309-318.
20. Cousineau T, Houle B, Bromberg J, Fernandez KC, Kling WC. A pilot study of online workplace nutrition program: the value of participant input in program development. *J Nutr Educ Behav*. 2008; 40: 160-167.
21. FAO/WHO. Diet nutrition and prevention of chronic diseases. Report of a WHO/FAO Expert Consultation on diet, nutrition and prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series, 916, Geneva, 2003.
22. Favier JC, Ripert JI, Toque C, Feinberg M. Repertório geral dos alimentos: tabelas de composição. São Paulo: Editora Rocca, 1999.
23. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23 (7): 1674-1681.
24. Figueiredo ICR, Jaime PC, Monteiro CA. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. *Ver Saúde Pública*. 2008; 42 (5): 777-85.
25. Franco G. Tabela de composição química de alimentos. 9ª ed., São Paulo: Atheneu, 1999.
26. Friedewald WT, Levy RI, Fredrickson DS. Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge. *Clinical Chemistry*. 1972; 18 (6): 499-502.

27. Garcia RWD. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Rev. Nutr. Campinas*. 2003; 16(4): 483-492.
28. Glenny AM, O'Meara S, Melvilla A, Sheldon TA, Wilson C. The treatment and prevention of obesity: a systematic review of the literature. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997; 21:715–737.
29. Goldstein DJ. Beneficial health effects of modest weight loss. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1992; 16:397-415.
30. Governo do Distrito Federal. (2003). Adolescentes- fazendo juntos - Manual do Facilitador. Brasília. 2003; 327p.
31. Guimarães NG. Aconselhamento nutricional em grupo para adultos com excesso de peso e comorbidades: adesão, repercussões clínicas e metabólicas (Dissertação de Mestrado). Brasília. 2006.
32. Guimarães NG, Dutra ES, Ito MK, Carvalho KMB. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e co-morbidades. In press.
33. Harvey EL, Glenny AM, Kira SF, Summerbell CD. A systematic review of interventions to improve health professional's management of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1999; 23: 1213–1222.
34. Holley SB, Commings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Designing Clinical Research: An Epidemiologic Approach*. Philadelphia: Lippincott. Williams/Wiçkins. 2001. 2nd Ed.
35. Holli BB, Calabrese RJ. *Communication and education skills: for dietetics professionals*. Philadelphia: Williams & Wilkins. 1998; 243p.
36. Holli BB, Calabrese RJ. *Communication and education skills: the dietitian's guide*. Philadelphia, Lea & Febiger. 1986; 211p.
37. Horn LVV, Dolecek TA, Grandits GA, Skweres L. Adherence to dietary recommendations in the special intervention group in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *American Journal of Clinical Nutrition*, Bethesda. 1997; 65 (Supplement): 289S-304S.
38. Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall and adherence. *Patient education and counseling*, 2006; 61: 173-190.
39. Inelmen EM, Toffanello ED, Enzi G, Gasparini G, Mioto F, Sergi G, Busetto L. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. *Int J Obes*. 2005; 29: 122-28.
40. Institute of Medicine (US), Food and Nutrition Board. Subcommittee on Interpretation and Uses of Dietary Reference Intakes and the Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes. *Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids*. National Academy of Sciences, 2005.

41. Institute of Medicine (US), Food and Nutrition Board. Subcommittee on Interpretation and Uses of Dietary Reference Intakes and the Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes. Dietary reference intakes: applications in dietary planning. National Academy of Sciences, 2003.
42. Johnson RK, Friedman AB, Harvey-Berino J, Gold BC, McKenzie D. Participation in a behavioral weight-loss program worsens the prevalence and severity of underreporting among obese and overweight women. *J Am Diet Assoc.* 2005; 105: 1948-51.
43. LABORSTA, Geneva, International Labour Organization, 2009 (disponível em <http://laborsta.ilo.org>, acessado em 07/02/2009).
44. Linden S. Educação nutricional: algumas ferramentas de ensino. São Paulo: Livraria Varela, 2005. 153p.
45. Ling L. Guideline for diet counseling. *J Am Diet Assoc.* 1975; 66: 571-5.
46. Marinho MCS, Hamann EM, Lima ACCF. Práticas e mudanças no comportamento alimentar na população de Brasília, Distrito Federal, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2007; 7 (3): 251-261.
47. Melin I, Karlström B, Lappalainen R, Berglund L, Mohsen R, Vessby B. A programme of behavior 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.
48. Moreira MA. Medidas caseiras no preparo de alimentos. Goiânia: Editora AB, 1995. 122 p.
49. Moura EC, Neto OLM, Malta DC, Moura L, Silva NN, Bernal R, Claro RM, Monteiro CA. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev Bras Epidemiol.* 2008; 11 (supl 1): 20-37.
50. Nascimento MAB. Avaliação de uma proposta de educação nutricional para portadores de diabetes tipo II. (Dissertação de Mestrado). Brasília, 2003.
51. Neutzling MB, Rombaldi AJ, Azevedo MR, Hallal PC. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25 (11): 2365-2374.
52. Oliveira KES. Perfil nutricional da clientela atendida em restaurantes vinculados ao programa de alimentação do trabalhador do Distrito Federal, Brasil. 2000 – 2001. (Dissertação de Mestrado) Brasília, 2002.
53. OMS. Prevenção integrada de doenças não comunicáveis. Documento preliminar para a “Estratégia Global em Dieta, Atividade Física e Saúde”. Genebra, 2003.
54. OMS. Estratégia Global para a Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde: 57ª Assembléia Mundial de Saúde: Wha 57.17 8ª sessão plenária de 22 de Maio de 2004 (versão em português, tradução não oficial). [S.I.], 2004.

55. Palumbo C. Using new technology for nutrition counseling. *J Am Diet Assoc.* 1999; 99 (11): 1363-1364.
56. Paisley J, Beanlands H, Goldman J, Evers S, Chappel J. Dietary change: what are the responses and roles of significant others? *J Nutr Educ Behav.* 2008; 40: 80-88.
57. Philippi ST. Tabela de composição de alimentos: suporte para decisão nutricional. Brasília: ANVISA, FINATEC/NUT- UnB, 2001.
58. Pinheiro ABV, Lacerda EMA, Benzecry EH, Gomes MCS, Costa VM. Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras. 4ª ed., São Paulo: Atheneu, 2000. 81 p.
59. Rickheim PL, Weaver TW, Flader JL, Kendall DM. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. *Diabetes Care.* 2002; 25 (2): 269-74.
60. Rodrigues EM. Problematização do comportamento alimentar como estratégia de educação nutricional: uma experiência com adolescentes obesos. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 2003; 243 p.
61. Rodrigues EM, Soares FFTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev. Nutr. Campinas* 2005; 18 (1): 119-28.
62. Rossi A, Moreira EAM, Rauen MS. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Rev Nutr, Campinas.* 2008; 21 (6): 739-748.
63. SBC (Sociedade Brasileira de Cardiologia), SBH (Sociedade Brasileira de Hipertensão), SBN (Sociedade Brasileira de Nefrologia). V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. 2006.
64. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20 (2): 580-588.
65. Sharma SV, Gernand AD, Day RS. Nutrition Knowledge Predicts Eating Behavior of All Food Groups Except Fruits and Vegetables among Adults in the Paso del Norte Region: Qué Sabrosa Vida. *J Nutr Educ Behav.* 2008; 40: 361-368.
66. Sherman AM, Bowen DJ, Vitolins M, Peeri MG, Rosal MC, Sevick MA, Ockene JK. Dietary Adherence: characteristics and interventions. *Control Clin Trials.* 2000; 21: 206-211.
67. Sichieri R, Coitinho DC, Monteiro JB, Coutinho WF. Recomendações de Alimentação e Nutrição Saudável para a População Brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2000; 44 (3): 227-232.
68. Sichieri R. Dietary Patterns and Their Associations with Obesity in the Brazilian City of Rio de Janeiro. *Obesity Research.* 2002; 10 (1): 42-48.
69. Sichieri R, Castro JFG, Moura AS. Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população brasileira urbana. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19 (Sup. 1): S47-S53.

70. Siero FW, Broer J, Bemelmans WJE, Jong BMM. Impact of group nutrition education and surplus value of Prochaska-based stage-matched information on health-related cognitions and on Mediterranean nutrition behavior. *Health Education Research*. 2000; 15 (5): 635-647.
71. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Reichert FF, Hallal PRC. Fatores considerados pela população como mais importantes para manutenção da saúde. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43 (6): 961-71
72. Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12 (6): 1641-1650.
73. Trudeau E, Kristal AR, Li S, Patterson RE. Demographic and psychosocial predictors of fruit and vegetable intakes differ: implications for dietary interventions. *J Am Diet Assoc* 1998; 98 (12): 1412–7.
74. U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service. 2008. USDA National Nutrient Database for Standard Reference, Release 21. Nutrient Data Laboratory Home Page, <http://www.ars.usda.gov/ba/bhnrc/ndl>
75. Vickery CE, Hodges PAM. Counseling strategies for dietary management: expanded possibilities for effecting behavior change. *J Am Diet Assoc*. 1986; 86 (7): 924-928.
76. Vinholes DB, Assunção MCF, Neutzling MB. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25 (4): 791-799.
77. WHO/WEF. Preventing noncommunicable diseases in the workplace through diet and physical activity: WHO/World Economic Forum report of a joint event. Geneva, 2008.
78. WHO (World Health Organization). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, 2002. 230p.
79. Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. *JAMA*. 2003; 289; 2083-93.

9. APÊNDICES

9.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Promoção da alimentação saudável em trabalhadores usuários de Unidade de Alimentação e Nutrição do DF: estudo de intervenção controlado e randomizado.

Eu, _____ (nome e sobrenome) concordo em participar de um estudo desenvolvido pelo Departamento de Nutrição da Universidade de Brasília, que tem como objetivo principal desenvolver e avaliar a eficácia de um programa de Educação Nutricional na promoção de hábitos alimentares saudáveis e na redução dos fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis em trabalhadores do DF que fazem refeições em restaurantes voltados para atendê-los. Estou ciente de que os procedimentos para a realização deste estudo incluem: (1) responder a um questionário sobre meus dados pessoais (nome, idade, sexo, profissão, renda, atividade física), o meu consumo de alimentos, a minha saúde (doenças, uso de medicamentos ou outros tipos de tratamentos), (2) realizar coleta de sangue para análise em laboratório (glicemia e colesterol), (3) realizar medida de peso, altura, circunferência abdominal e pressão arterial, (4) ser sorteado para participar de 06 reuniões em grupo para discussão de temas relacionados à alimentação ou de 02 palestras sobre o mesmo tema. Fui informado que caso seja sorteado para o grupo de palestras poderei participar do curso sobre alimentação saudável após o encerramento da pesquisa. Além disso, receberei material educativo sobre os temas. Todas as informações colhidas não poderão ser divulgadas com meu nome e só serão utilizadas para o estudo. Poderei desistir de participar do estudo a qualquer momento.

Assinar livremente a confirmação para participar do estudo

Data: _____

Contatos para esclarecimento de dúvidas:

Pesquisadora: Nutricionista, Simone Sotero Mendonça CRN 1/2000.

Orientadora: Professora Dra Marina Kiyomi Ito, matrícula 125024,

Departamento do Curso de Nutrição da universidade de Brasília, telefone 3307-2548.

Colaboradora: Nutricionista Simone Costa Guadagnin cel.:9279 9915, CRN 1/3413, Liane de Jesus Noronha, cel: 8445 4592. Telefones 3307 2549

9.2. QUESTIONÁRIO GERAL 1ª COLETA



Promoção da alimentação saudável em trabalhadores usuários de
Unidades de Alimentação e Nutrição no DF

Código
Identificador _____

**Projeto de Pesquisa: Promoção da alimentação saudável em
trabalhadores usuários de Unidades de Alimentação e Nutrição no DF**

Questionário Geral

| INFORMAÇÕES GERAIS | |
|---|--|
| 1) Nome: _____ e-mail: _____ | 2) Sexo: 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino |
| 3) Data de Nascimento: ____/____/____ 4) Idade (anos): _____ | 5) Endereço: _____ Cidade: _____ Tel.: _____/_____ |
| 6) Qual seu estado civil? 1 <input type="checkbox"/> Casado(a) (inclui união consensual) 2 <input type="checkbox"/> Desquitado(a), divorciado(a) ou separado(a) 3 <input type="checkbox"/> Viúvo(a) 4 <input type="checkbox"/> Solteiro (a) | 7) Qual sua escolaridade? 1 <input type="checkbox"/> Fundamental completo 2 <input type="checkbox"/> Médio incompleto 3 <input type="checkbox"/> Médio completo 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo |
| 8) Qual seu vínculo empregatício? 1 <input type="checkbox"/> Setor privado com carteira 2 <input type="checkbox"/> Setor privado sem carteira 3 <input type="checkbox"/> Setor público com vínculo 4 <input type="checkbox"/> Setor público sem vínculo (terceirizado(a), contratado(a)) 5 <input type="checkbox"/> Profissional liberal, indústria, comércio 6 <input type="checkbox"/> Economia informal | 9) Com quem você mora (pode marcar mais de um item): 1 <input type="checkbox"/> sozinho (a) 2 <input type="checkbox"/> esposo (a)/companheiro (a) 3 <input type="checkbox"/> menores de 12 anos 4 <input type="checkbox"/> adolescentes 5 <input type="checkbox"/> idoso (s) 6 <input type="checkbox"/> outros. Especificar: _____ |
| 10) Número de habitantes no domicílio: _____ | |
| 11) Em comparação a pessoas de sua idade, você considera seu próprio estado de saúde (ler as opções): 1 <input type="checkbox"/> Excelente 3 <input type="checkbox"/> Bom 5 <input type="checkbox"/> Ruim 88 <input type="checkbox"/> Não sei 2 <input type="checkbox"/> Muito bom 4 <input type="checkbox"/> Regular 6 <input type="checkbox"/> Péssimo | |

12) RENDA

(Sociedade de Pesquisa de mercado, 1997)

12.1) Itens para pontuação:

| Posse dos itens | Não tem | Tem 1 | Tem 2 | Tem 3 | Tem 4 ou + |
|---|---------|-------|-------|-------|------------|
| Televisão em cores | 0 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Rádio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Banheiro | 0 | 2 | 3 | 4 | 4 |
| Automóvel | 0 | 2 | 4 | 5 | 5 |
| Empregada mensalista | 0 | 2 | 4 | 4 | 4 |
| Aspirador de pó | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Máquina de lavar roupa | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Video cassete e/ou DVD | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Geladeira | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Freezer (independente ou faz parte da geladeira duplex) | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |

| Grau de instrução do chefe de família | Pontuação |
|---------------------------------------|-----------|
| Analfabeto/primário incompleto | 0 |
| Primário completo/ginasial incompleto | 1 |
| Ginasial completo/colegial incompleto | 2 |
| Colegial completo/superior incompleto | 3 |
| Superior completo | 5 |

TOTAL DE PONTOS _____

12.2) CLASSIFICAÇÃO: _____

| Classe | Pontos |
|--------|--------|
| A1 | 30-34 |
| A2 | 25-29 |
| B1 | 21-24 |
| B2 | 17-20 |
| C | 11-16 |
| D | 6-10 |
| E | 0-5 |

SAÚDE

13.1) Você tem pressão alta?

- 1 Sim
2 Não
88 Não sabe

13.2) Você faz ou já fez tratamento para Pressão Alta?

- 1 Nunca fiz tratamento (siga para questão 14)
2 Fiz, mas parei há _____ (meses /anos)
3 Sim, faço tratamento apenas com uso regular de medicações (siga para questão 14)
4 Sim, faço tratamento com uso regular de medicações e outros procedimentos
5 Sim, faço tratamento, mas sem uso de medicação e com outros procedimentos
6 Sim, faço tratamento, contudo, com uso irregular de medicação. Especifique o motivo do uso irregular da medicação:.....

13.3) O(s) outro(s) procedimento(s) é (são):

- 1 Dieta
2 Exercício físico
3 Outro(s). Especificar:

15) Você tem colesterol ou triglicérides altos?

- 1 Sim
2 Não
88 Não sabe (não que eu saiba).

14.1) Você é Diabético(a)?

- 1 Sim
2 Não
88 Não sabe

14.2) Você faz ou já fez tratamento para Diabetes?

- 1 Nunca fiz tratamento (siga para questão 15)
2 Fiz, mas parei há _____ (meses /anos)
3 Sim, faço tratamento apenas com uso regular de medicações (siga para questão 15)
4 Sim, faço tratamento com uso regular de medicações e outros procedimentos
5 Sim, faço tratamento, mas sem uso de medicação e com outros procedimentos
6 Sim, faço tratamento, contudo, com uso irregular de medicação. Especifique o motivo do uso irregular da medicação:

14.3) O(s) outro(s) procedimento(s) é (são):

- 1 Dieta
2 Exercício físico
3 Outro(s). Especificar:

16) Usa alguma medicação regularmente:

| PRESSÃO ARTERIAL | |
|--|---|
| 17) Pressão arterial 1ª aferição: _____ x _____ | 18) Intercorrências na aferição da pressão arterial? 1 <input type="checkbox"/> Sim, _____ 2 <input type="checkbox"/> Não |

| CONSUMO ALIMENTAR | |
|--|---|
| 19) Geralmente, quantas refeições você realiza ao longo do dia? 1 <input type="checkbox"/> duas ou menos 2 <input type="checkbox"/> três 3 <input type="checkbox"/> quatro 4 <input type="checkbox"/> cinco 5 <input type="checkbox"/> seis ou mais | 20) Você consome frutas todo dia? 1 <input type="checkbox"/> Sim, 1 por dia 2 <input type="checkbox"/> Sim, 2 a 3 por dia 3 <input type="checkbox"/> Sim, 4 ou mais por dia 4 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo 1 a 4 por semana 5 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo 5 ou mais vezes por semana 6 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo pelo menos de uma vez por semana 7 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo pelo menos 1 a 3 vezes por mês 8 <input type="checkbox"/> Raramente ou nunca consumo fruta |
| 21) Exceto batata, mandioca, inhame e cará, você consome verduras ou legumes todo dia? 1 <input type="checkbox"/> Sim, 1 vez por dia 2 <input type="checkbox"/> Sim, 2 a 3 vezes por dia 3 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo 5 ou mais vezes por semana 4 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo 3 a 4 vezes por semana 5 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo pelo menos 1 a 2 vezes por semana 6 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo pelo menos 1 a 3 vezes por mês 7 <input type="checkbox"/> Raramente ou nunca consumo | 22) Você consome frituras? 1 <input type="checkbox"/> Sim, 1 vez por dia 2 <input type="checkbox"/> Sim, 2 a 3 vezes por dia 3 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo 5 ou mais vezes por semana 4 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo 3 a 4 vezes por semana 5 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo pelo menos 1 a 2 vezes por semana 6 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo pelo menos 1 a 3 vezes por mês 7 <input type="checkbox"/> Raramente ou nunca consumo fritura Especificar: _____ |
| 23) Geralmente, o que você usa para adoçar bebidas (como sucos, café, leite)? 1 <input type="checkbox"/> Açúcar 2 <input type="checkbox"/> adoçante (artificial) 3 <input type="checkbox"/> nada | |
| 24) Você costuma adicionar sal no prato nas refeições já prontas? Com que frequência? 1 <input type="checkbox"/> Sim, sempre. (5 ou mais vezes / semana) 2 <input type="checkbox"/> Sim, às vezes. (4 ou menos vezes / semana) 3 <input type="checkbox"/> Não (siga para questão 26) | 25) Em qual (quais) preparação (ões)? 1 <input type="checkbox"/> Salada 2 <input type="checkbox"/> Comida 3 <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____ |
| 26) Nos últimos 6 meses você mudou seus hábitos alimentares? 1 <input type="checkbox"/> Sim. 2 <input type="checkbox"/> Não (siga para questão 31) | 27) Caso sim, qual(is) foi(ram) o(s) motivo(s)? 1 <input type="checkbox"/> Saúde 2 <input type="checkbox"/> Por iniciativa própria 3 <input type="checkbox"/> Orientação de um profissional de saúde 4 <input type="checkbox"/> Estética 5 <input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____ |
| 28) Você conseguiu manter essa(s) mudança(s)? 1 <input type="checkbox"/> Sim, todas 2 <input type="checkbox"/> Sim, algumas 3 <input type="checkbox"/> Não, nenhuma. | |
| 29) Qual(is) foi(ram) a(s) mudança(s) que você conseguiu manter? Cite algumas. 1 <input type="checkbox"/> Reduzi a quantidade de comida 2 <input type="checkbox"/> Reduzi a quantidade de massas (arroz, pão, macarrão) 3 <input type="checkbox"/> Reduzir a quantidade de gordura 4 <input type="checkbox"/> Mudei o tipo de gorduras (trocou manteiga/ margarina por óleo vegetal/azeite?) 5 <input type="checkbox"/> Aumentei o consumo de hortaliças (exceto batata, mandioca) 6 <input type="checkbox"/> Aumentei o consumo de frutas 7 <input type="checkbox"/> Aumentei o consumo de água 8 <input type="checkbox"/> Reduzi a quantidade de açúcar (doce, refrigerantes) 9 <input type="checkbox"/> Reduzi a quantidade de sal 10 <input type="checkbox"/> Reduzi o consumo de carnes vermelhas 11 <input type="checkbox"/> Fez alteração na refeição da noite 12 <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____ | |
| 30) Resultado da avaliação das fases de mudança de comportamento: _____ | |

| HÁBITOS | |
|--|---|
| 31) Você toma bebida alcoólica? Com que frequência? | |
| 1 <input type="checkbox"/> Não, nunca | 4 <input type="checkbox"/> Duas a três vezes por semana |
| 2 <input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos | 5 <input type="checkbox"/> Quatro ou mais vezes por semana |
| 3 <input type="checkbox"/> Duas a quatro vezes por mês (i.e., uma vez por semana) | 88 <input type="checkbox"/> Não respondeu |
| 32) <u>Nos últimos três meses</u> , você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? | |
| 1 <input type="checkbox"/> sim | 2 <input type="checkbox"/> não |
| 33) Normalmente, quantos dias por semana você caminha por mais de 10 minutos seguidos? (no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício) | |
| _____ dias por semana | 0 <input type="checkbox"/> nenhum 88 <input type="checkbox"/> não sei/não tenho certeza |
| 34) Normalmente, quantos dias por semana você pratica atividades que fazem você suar ou aumentar respiração e batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? (Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar, fazer serviços domésticos, transportar objetos pesados, nadar, dançar, jogar futebol...) | |
| _____ dias por semana | 0 <input type="checkbox"/> nenhum (siga para a questão 36) 88 <input type="checkbox"/> não sei/não tenho certeza |
| 35) Nos dias em que você se exercitou, quanto tempo, em média, durou o exercício? | |
| _____ minutos por dia | 88 <input type="checkbox"/> não sei/não tenho certeza Que atividade: _____ |
| 36) Você fuma ou já fumou? | |
| 1 <input type="checkbox"/> Fumante (siga para questão 37) | |
| 2 <input type="checkbox"/> Ex-Fumante há menos de 6 meses (siga para questão 39) | |
| 3 <input type="checkbox"/> Ex-Fumante há mais de 6 meses (siga para questão 39) | |
| 4 <input type="checkbox"/> Não Fumante | |
| Fumante | Ex-fumante |
| 37) Quantos cigarros você fuma por dia? | 39) Por quanto tempo fumou? _____ |
| 38) Há quanto tempo você fuma? _____ | 40) Há quanto tempo parou de fumar? _____ |

| PRESSÃO ARTERIAL E ANTROPOMETRIA | |
|---|--|
| 41) Pressão arterial | 42) Intercorrências na aferição da pressão arterial? |
| 2ª aferição: _____ x _____ | 1 <input type="checkbox"/> Sim, _____ |
| | 2 <input type="checkbox"/> Não |
| 43) Altura: cm | |
| 44) Peso:kg | |
| 45) Circunferência abdominal: cm | |

Obrigada pela sua participação!!!

9.3. QUESTIONÁRIO GERAL 2ª COLETA



Promoção da alimentação saudável em trabalhadores usuários de
Unidades de Alimentação e Nutrição no DF

Código
Identificador _____

**Projeto de Pesquisa: Promoção da alimentação saudável em
trabalhadores usuários de Unidades de Alimentação e Nutrição no DF**

Questionário Geral

| INFORMAÇÕES GERAIS | |
|--|---|
| 1) Nome: _____ _____ | |
| SAÚDE | |
| 15) Você tem colesterol ou triglicérides altos? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 88 <input type="checkbox"/> Não sabe (não que eu saiba). | 16) Usa alguma medicação regularmente: _____ _____ |
| PRESSÃO ARTERIAL | |
| 17) Pressão arterial 1ª aferição: _____ x _____ | 18) Intercorrências na aferição da pressão arterial? 1 <input type="checkbox"/> Sim, _____ 2 <input type="checkbox"/> Não |
| CONSUMO ALIMENTAR | |
| 19) Geralmente, quantas refeições você realiza ao longo do dia? 1 <input type="checkbox"/> duas ou menos 2 <input type="checkbox"/> três 3 <input type="checkbox"/> quatro 4 <input type="checkbox"/> cinco 5 <input type="checkbox"/> seis ou mais | 20) Você consome frutas todo dia? 1 <input type="checkbox"/> Sim, 1 por dia 2 <input type="checkbox"/> Sim, 2 a 3 por dia 3 <input type="checkbox"/> Sim, 4 ou mais por dia 4 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo 1 a 4 por semana 5 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo 5 ou mais vezes por semana 6 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo pelo menos de uma vez por semana 7 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo pelo menos 1 a 3 vezes por mês 8 <input type="checkbox"/> Raramente ou nunca consumo fruta |
| 21) Exceto batata, mandioca, inhame e curá, você consome verduras ou legumes todo dia? 1 <input type="checkbox"/> Sim, 1 vez por dia 2 <input type="checkbox"/> Sim, 2 a 3 vezes por dia 3 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo 5 ou mais vezes por semana 4 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo 3 a 4 vezes por semana 5 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo pelo menos 1 a 2 vezes por semana 6 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo pelo menos 1 a 3 vezes por mês 7 <input type="checkbox"/> Raramente ou nunca consumo | 22) Você consome frituras? 1 <input type="checkbox"/> Sim, 1 vez por dia 2 <input type="checkbox"/> Sim, 2 a 3 vezes por dia 3 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo 5 ou mais vezes por semana 4 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo 3 a 4 vezes por semana 5 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo pelo menos 1 a 2 vezes por semana 6 <input type="checkbox"/> Não, mas consumo pelo menos 1 a 3 vezes por mês 7 <input type="checkbox"/> Raramente ou nunca consumo fritura Especificar: _____ |
| 23) Geralmente, o que você usa para adoçar bebidas (como sucos, café, leite)? 1 <input type="checkbox"/> Açúcar 2 <input type="checkbox"/> adoçante (artificial) 3 <input type="checkbox"/> nada | |
| 24) Você costuma adicionar sal no prato nas refeições já prontas? Com que frequência? 1 <input type="checkbox"/> Sim, sempre. (5 ou mais vezes / semana) 2 <input type="checkbox"/> Sim, às vezes. (4 ou menos vezes / semana) 3 <input type="checkbox"/> Não (vá para questão 26) | 25) Em qual (quais) preparação (ões)? 1 <input type="checkbox"/> Salada 2 <input type="checkbox"/> Comida 3 <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____ |

| | |
|--|---|
| <p>26) Após as palestras, você mudou seus hábitos alimentares?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Não (siga para questão 31)</p> | <p>27) Caso sim, qual(is) foi(ram) o(s) motivo(s)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Saúde</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Por iniciativa própria</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Orientação de um profissional de saúde</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Estética</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Outro. Especificar:</p> |
| <p>28) Você conseguiu manter essa(s) mudança(s)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim, todas 2 <input type="checkbox"/> Sim, algumas 3 <input type="checkbox"/> Não, nenhuma.</p> | |
| <p>29) Qual(is) foi(ram) a(s) mudança(s) que você conseguiu manter? Cite algumas.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Reduzi a quantidade de comida</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Reduzi a quantidade de massas (arroz, pão, macarrão)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Reduzir a quantidade de gordura</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Mudei o tipo de gorduras (trocou manteiga/ margarina por óleo vegetal/azeite?)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Aumentei o consumo de hortaliças (exceto batata, mandioca)</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Aumentei o consumo de frutas</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Aumentei o consumo de água</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Reduzi a quantidade de açúcar (doces, refrigerantes)</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Reduzi a quantidade de sal</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Reduzi o consumo de carnes vermelhas</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Fez alteração na refeição da noite</p> <p>12 <input type="checkbox"/> Outros. Especifique:</p> | |
| <p>30) Resultado da avaliação das fases de mudança de comportamento:</p> | |

| PRESSÃO ARTERIAL E ANTROPOMETRIA | |
|---|--|
| <p>41) Pressão arterial</p> <p>2ª aferição: x</p> | <p>42) Intercorrências na aferição da pressão arterial?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim,</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Não</p> |
| <p>43) Altura: cm</p> | |
| <p>44) Peso: kg</p> | |
| <p>45) Circunferência abdominal: cm</p> | |

Obrigada pela sua participação!!!

*** Apêndice

| Principais frutas e hortaliças | | Porção média em medida caseira |
|--------------------------------|--------------------------------|---|
| Folha crua | Acelga | 1 folha média (12g) |
| | Alface | 1 folha grande (16g) |
| | Agrião | 3 ramos médios (15g) |
| | Chicória | 1 folha média (12g) |
| | Couve-flor | 1 folha pequena (15g) |
| | Repolho | 1 colher de servir rasa picado ou uma folha pequena (20g) |
| | Rúcula | 7 folhas médias (39g) |
| Hortaliça crua | Beterraba | 1 colher de sopa ch ralada (16g) |
| | Cenoura | 1 colher de sopa ch ralada (12g) |
| | Tomate | 2 rodela (36g) |
| Hortaliça cozida | Abóbora | 1 escumadeira média rs picada (47,5g) |
| | Abobrinha (cozida ou refogada) | 1 colher de arroz cheia picada (70g) |
| | Batata | 1 colher de sopa cheia picada (52,5g) |
| | Beterraba | 1 colher de arroz cheia picada (36g) |
| | Cenoura | 1 e 1/2 colheres de sopa (22g) |
| | Chuchu | 1 colher de arroz cheia picado (45,5g) |
| | Jiló (cozido ou refogado) | 1 colher de sopa cheia (38g) |
| | Maxixe (cozido ou refogado) | 1 colher de sopa rasa (25g) |
| | Quiabo (refogado) | 1 colher de sopa cheia (34,5g) |
| Tubérculos | Batata doce | 1 colher de sopa rs picada (30g) |
| | Cará (cozido) | 1 colher de sopa ch (30g) |
| | Inhame (cozido) | 4 colheres de servir (208g) |
| | Mandioca | 10 pedaços médios (250g) |
| Frutas | Abacate | 5 fatias (155g) |
| | Abacaxi | 1 fatia média (75g) |
| | Banana | 4 unidades médias (172g) |
| | Goiaba | 1 unidade grande (150g) |
| | Laranja | 1 e 1/2 unidade (340g) |
| | Maçã | 1 unidade grande (130g) |
| | Mamão papaia ou formosa | 1 unidade média (166g) ou 1 fatia média (170g) |
| | Manga | Espada média (130g) |
| | Melão | Fatia média (90g) |
| | Melancia | Fatia grande (370g) |
| | Morango | 10 unidades médias (120g) |
| | Pêra | Unidade média (130g) |
| | Pêssego | Unidade média (60g) |
| | Tangerina | Unidade média (135g) |
| Uva | 5 unidades grandes (56g) | |

Frango

Peito M= 180g

Asa M= 40g

Coxa M = 40g

Sobrecoxa M= 65g

Costela M= 60g

9.5. ROTEIRO DO PROGRAMA DE ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL

9.5.1. PROGRAMA DE ATIVIDADES

| Sessão | Atividade | Conteúdo/ objetivo | Tempo de exposição |
|---------------------------|---|---|--------------------|
| 1ª - Apresentação | Objetivo/ tema: Conscientização sobre a importância de uma alimentação saudável e as dificuldades para adesão a ela | | |
| | | DESCRIÇÃO | |
| | Apresentação do curso | Objetivos, métodos, transição nutricional | 10 |
| | Dinâmica das apresentações “quebra gelo” | Apresentação dos participantes/ hábitos | 30 |
| | Distribuição da fruta do dia* | A banana e suas propriedades | 5 |
| | Dificuldades para alimentação saudável | Identificar as dificuldades de cada um para uma alimentação saudável Automonitoramento como instrumento para vencer dificuldades | 35 |
| | Tarefa para casa | Autocontrole, automonitoramento: fazer registro alimentar de 7 dias | - |
| | | TOTAL | 80 |
| 2ª - Alimentação Saudável | Objetivo/ tema: Princípios de uma alimentação saudável | | |
| | Retomar tarefa de casa | Discussão do registro de 7 dias | 10 |
| | Peso saudável | Apresentação do filme: Peso saudável e Atividade Física | 30 |
| | Distribuição da fruta do dia | A maçã e suas propriedades | 10 |
| | Alimentação saudável | Atributos de uma alimentação saudável e grupos alimentares | 30 |
| | Tarefa para casa | Fracionamento das refeições (inclusão dos lanches entre as refeições) | - |
| | | TOTAL | 80 |
| 3ª - Refeições | Objetivo/ tema: Refeições saudáveis | | |
| | Retomar tarefa de casa | Fracionamento das refeições | 5 |
| | Dinâmica comparando refeições | Almoço saudável- simulação | 30 |
| | Aula expositiva com discussão: Escolha saudável em restaurantes de auto-serviço | Quais são as opções saudáveis nos restaurantes de autosserviço | 10 |
| | Distribuição da fruta do dia* | A uva e suas propriedades | 10 |
| | Dinâmica do cardápio diário | Refeições, lanches saudáveis, cafezinho: simulações | 30 |
| Tarefa para casa | Consumir 3 ou mais porções de frutas por dia. Trazer frutas na próxima sessão | - | |
| | | TOTAL | 80 |
| 4ª - Alimentos | Objetivo/ tema: Guia da alimentação saudável - foco em alguns itens | | |
| | Gorduras, Açúcares e Sal | O conceito de densidade energética Dinâmica tipo “feira de ciências” e aula expositiva (tipos) | 35 |
| | Fruta do dia* | Consumo e opinião sobre as frutas trazidas pelos participantes | 10 |
| | Frutas/hortaliças | Importância para saúde e perda de peso: aula expositiva dialogada. | 35 |
| | Tarefa para casa | Consumir 2 ou mais porções de hortaliças por dia | - |
| | | TOTAL | 80 |
| 5ª - Rotulagem | Objetivo/ tema: Entender informações dos rótulos | | |
| | Dinâmica da rotulagem | Nutrientes/ rotulagem – aula expositiva, com exemplificações | 15 |
| | Explicação da tabela nutricional | Rotulagem: apresentação de uma embalagem gigante, contendo as informações nutricionais e distribuição de rótulos de alimentos industrializados de diferentes tipos. | 30 |
| | Distribuição do lanche saudável do dia, com alimentos industrializados | Chá e suco sem açúcar, frutas secas, biscoitos integrais e iogurtes | 10 |
| | Diet x Light | Conceitos e exemplos | 20 |
| Tarefa para casa | Avaliar rótulos dos alimentos disponíveis em casa e identificar 3 exemplos saudáveis. Reduzir consumo de alimentos gordurosos e excesso de açúcar para no máximo 1 porção por dia | - | |
| | | TOTAL | 75 |

| Objetivo/ tema: Discutir exemplos de casos | | | |
|--|---|---|-----------|
| 6ª - Fim | Retomar tarefa de casa | Identificação de rótulos saudáveis | 10 |
| | Relatos de experiências | Depoimentos ou estudos de casos: sugerir alimentação saudável | 60 |
| | Lanche saudável | Momento de confraternização com lanches variados, preparações caseiras, frutas e sucos. | 20 |
| | Propósito para adoção de práticas alimentares saudáveis | Atingir e manter uma alimentação saudável (um dia após o outro) | - |
| | | TOTAL | 90 |

*frutas sujeitas a modificação

9.5.2. ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DO PROGRAMA

1º encontro: Apresentação

A. Apresentação do Curso

Sejam bem vindos ao Curso de Alimentação Saudável para Funcionários da [**Empresa**] promovido pelo Centro de Pesquisa em Alimentação Saudável.

[Agradecer, em nome da equipe do CASA a presença de todos.]

Vou fazer uma apresentação rápida do curso e da equipe.

Meu nome é [**Nome**], eu sou [**formação**] e junto a equipe do CASA, nós preparamos com todo carinho este curso para vocês. Fazem parte desta equipe [**Nome, formação...**].

O nosso curso vai acontecer [**local**], começando às [**horário**] e a pontualidade é muito importante. Vamos tentar chegar sempre no horário.

Objetivo do Curso

Fornecer informações sobre práticas alimentares saudáveis preparando vocês, trabalhadores que desejam/precisam perder peso, para realizarem suas próprias escolhas alimentares adequadas.

Ao final do curso vocês deverão:

1. Definir alimentação saudável.
2. Conhecer suas dificuldades e as estratégias para adotar uma alimentação mais saudável.
3. Ser capazes de fazer escolhas alimentares objetivando atingir um peso adequado e outros benefícios para a saúde.

Por que é tão importante promover alimentação saudável?

Para responder vou falar um pouquinho sobre alimentação no Brasil:

Nas últimas décadas o Brasil vem passando por uma forte transição nutricional – que é a mudança em relação aos hábitos alimentares e conseqüentemente aumento do número de pessoas com excesso de peso e doenças relacionadas a isso.

Se a gente puxar a memória e recordar a alimentação do período que éramos crianças (ou nossos pais e avós), havia maior presença da mãe (das mulheres) no lar, comida caseira, menor freqüência aos restaurantes, menor consumo de industrializados e de fast-food, o consumo de frutas e hortaliças (legumes e verduras) era maior, além disso, tínhamos mais atividade física – transporte era a pé, ou de bicicleta, não tinham controle remoto para tudo.

Essa mudança em relação aos hábitos alimentares e atividade física resultaram num aumento estrondoso da ocorrência de doenças crônicas relacionadas a uma alimentação inadequada e ao ganho de peso. Como, por exemplo, obesidade, diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e câncer – que são, atualmente, as principais causas de morte no Brasil.

Devemos lembrar que se adotarmos estilo de vida mais saudável (alimentação e atividade física) com certeza teremos melhor qualidade de vida e menor risco para as doenças citadas (diabetes, hipertensão, câncer, derrame, infarto) – que infelizmente não afetam só indivíduos com idade avançada – casos abaixo dos 30 anos são cada vez mais freqüentes.

Para evitar isso, nós precisamos retomar os hábitos alimentares mais saudáveis.

A maioria dos indivíduos conhece as regras mínimas para uma alimentação saudável, pois esse assunto está sempre na mídia (revistas, reportagens na TV).

Para vocês: O que é uma alimentação saudável?

Uma boa definição para alimentação saudável é:

- Aumentar o consumo de frutas e hortaliças (pelo menos três porções de cada diariamente);
- Reduzir o consumo de gorduras, açúcares e sal;
- Não passar longos períodos sem se alimentar: realizar pelo menos 3 refeições intercaladas por pequenos lanches todos os dias;
- Consumir alimentos de todos os grupos alimentares diariamente (leite, carnes, cereais);

- Ingerir pelo menos 2 litros de água diariamente.

Tenho certeza que vocês já ouviram estas recomendações algumas vezes. Não é verdade?

Nesse curso, nós desejamos capacitar vocês a terem uma alimentação saudável. Para isso vamos:

1. Trabalhar o conhecimento que vocês já têm sobre o assunto e adicionar outros conceitos/detalhes importantes, sempre baseados no Guia Alimentar para a População Brasileira, do Ministério da Saúde;
2. Trabalhar habilidades para ter uma alimentação mais adequada, através de sugestões de como ter acesso mais fácil a alimentos mais saudáveis, receitas, dicas.
3. E incentivá-los a ter uma alimentação mais saudável a partir dos benefícios que ela propicia e trabalhando as dificuldades que temos para adotá-la. O mais importante é querer ter uma alimentação saudável, tanto quanto seja necessário para vencer as dificuldades que encontramos para isso. O querer deve ser maior que as dificuldades.

Durante esse curso, nós vamos trabalhar o tema da Alimentação saudável visando a possibilitar que todos possam realizar as melhores escolhas alimentares e possam se beneficiar delas cada vez mais.

Antes de começar as nossas atividades, a gente precisa se conhecer melhor. Então agora nós vamos nos apresentar com uma atividade que será coordenada pela [**Nome**].

B. Dinâmica das apresentações “quebra gelo” (Salada de Frutas)

A nossa primeira dinâmica do curso tem o objetivo de nos conhecermos melhor, pra a gente “quebrar o gelo” mesmo.

Pra começar, nós temos dispostas aqui em cima da mesa figuras de frutas deliciosas! Só que cada figura está cortada em 2 partes. Cada participante deve vir aqui e escolher 1 pedaço da fruta e em seguida encontrar quem tem a outra parte, formando duplas. Podem vir e depois que vocês formarem os pares eu explico o restante da dinâmica.

[Aguardar]

Agora que todos já encontraram seus pares, as meninas vão distribuir um papel com três perguntas:

- Qual sua comida predileta?
- Qual a comida que não gosta?

- Qual a comida que tem gosto de infância?

Vocês devem conversar com suas duplas para responder as perguntas e em seguida cada um vai apresentar o seu companheiro, respondendo qual é a comida predileta, qual é a comida que ele não gosta e qual é a comida que, pra ele, tem gosto de infância.

[Aguardar]

Agora, pra dar o exemplo, eu vou começar apresentando a minha companheira *[apresentar alguém]*

[Aguardar final das apresentações]

É interessante que algumas pessoas gostam muito de um alimento por que comiam quando eram crianças e outra não gosta do alimento por que sempre comia muito quando era criança. Com essa dinâmica nós podemos perceber a importância que a formação dos hábitos alimentares, desde a infância, exerce sobre as nossas escolhas de hoje. E podemos também ver que tudo é uma questão de hábito e se estivermos determinados a ter hábitos alimentares mais saudáveis, todos podemos alcançar esse objetivo.

C. Fruta do dia

Banana

A banana é fruta de muitas qualidades:

- Amadurece aos poucos, fora do pé, facilitando a colheita, o transporte e o aproveitamento
- Não dá trabalho para descascar
- É fácil de comer e não suja as mãos com sucos e caldos
- É altamente nutritiva e uma ótima opção para lanche

As bananas, dentre as frutas, ocupam o segundo lugar daquelas que são ricas em potássio, sendo o abacate o mais abundante neste mineral. O potássio contribui para a função muscular ocorrer de forma adequada. Atletas, principalmente, consomem esta fruta para garantir melhores desempenhos musculares. A boa quantidade de carboidratos de fácil digestão facilita a recuperação das reservas energéticas durante o exercício.

Por ser rica em potássio, ajuda a regular a pressão arterial, evitando a hipertensão arterial. Geralmente, pessoas que apresentam hipertensão consomem medicamentos diuréticos, e conseqüentemente, têm uma perda maior de potássio. Desta forma, recomenda-se a ingestão da fruta para repor as perdas provenientes do medicamento.

A banana também é fonte de vitamina B5, cuja principal função é garantir um bom funcionamento do sistema nervoso e imunológico bem como a produção das células vermelhas do sangue. As bananas maduras são excelentes para controlar a diarreia, principalmente a banana-maçã e a banana prata.

Além de todas essas qualidades, as bananas entram como ingrediente em uma grande quantidade de pratos doces e salgados típicos das culinárias regionais brasileiras. Com essa fruta ainda verde, pode-se produzir farinha, que tem aplicações na alimentação desde o preparo de mingaus até biscoitos. Ela também pode ser consumida in natura pura, com aveia, mel, granola, acompanhando pratos salgados, cozida, feitos doces, bolos, etc.

D. Dificuldades para alimentação saudável

Bom, agora que estamos todos devidamente apresentados, vamos começar trabalhando as dificuldades que temos para adotar uma alimentação mais saudável.

Exemplificando como é difícil modificar um hábito

Nesse momento, eu peço que vocês cruzem os braços.

[cruzar os braços]

Agora, que cruzem os braços na posição inversa, o braço que estava por cima agora ficará por baixo.

[trocar posição dos braços]

[observar que alguns sentem dificuldade]

O que vocês estão sentindo?

[aguardar respostas]

Este é um exemplo simples para mostrar como é difícil mudar um hábito. Qualquer hábito, por mais simples que ele seja.

Difícilmente vocês modificarão a posição dos braços ao cruzá-los, pois não conhecem nenhum benefício para tal esforço. Agora vamos voltar para as mudanças nas práticas alimentares: existem inúmeros benefícios para saúde (redução dos riscos para todas as doenças crônicas), bem-estar, beleza.

Para modificar os hábitos alimentares, enfrentamos inúmeras dificuldades e para superá-las o primeiro passo é reconhecer quais são essas dificuldades.

Objetivo dessa atividade:

Conscientizar os participantes sobre suas dificuldades para adesão à alimentação saudável e possibilitar que eles descubram estratégias para solucioná-las.

Vocês irão agora responder um questionário individualmente e ao final somar os pontos obtidos de acordo com o quadro que está logo abaixo.

- *Distribuir os questionários e canetas entre os participantes e explicar o preenchimento*
- *Dar tempo para que os participantes respondam o questionário e calculem o resultado que definirá de que grupo participarão*
- *Separar os grupos de acordo com o número de participantes e os resultados do questionário. Em grupos com dificuldades semelhantes, discutirão aquelas que julgarem mais importantes e quais estratégias poderiam utilizar para superá-las*
- *Separar os grupos e orientar para que os participantes discutam sobre suas dificuldades para seguir uma alimentação saudável, buscando traçar estratégias para superá-las*
- *Incentivar as discussões, se necessário iniciá-las*
- *Não deixar que usem o questionário como guia para a discussão. Recolher os questionários*
- *Definir o relator de cada grupo. Fornecer fichinha para o relator com espaço para dificuldades e estratégias*

Na metade do tempo disponível

Vocês já conseguiram identificar as principais dificuldades? Vamos começar a discutir as estratégias para vencer estas dificuldades? As estratégias poderão ser novas ou que algum participante do grupo já utilize e possa dividir com os colegas (antigas que possam ser aproveitadas pelos outros participantes).

[Mais tempo para as estratégias]

- *Após a discussão, reorganizar a sala de modo que permita a discussão com todos os participantes.*
- *Cada relator de grupo apresentará quais as principais dificuldades apresentadas e as estratégias propostas.*
- *Explicar que dificuldades e estratégias apresentadas deverão ser retomadas ao longo do curso.*
- *Os participantes devem dizer como solucionar suas dificuldades. Encorajar o paciente a descobrir estratégias para lidar com seu comportamento é mais eficiente que dar a solução (Foreyt, 2005).*

| COMO SOU | | 0 | 1 | 2 |
|---|--|--|---|------|
| 1 | Não tenho tempo, meu estilo de vida é corrido. | | | |
| 2 | Não sei cozinhar ou preparar alimentos adequados. | | | |
| 3 | Minha família nunca se alimentou bem. | | | |
| 4 | Não tenho força de vontade. | | | |
| 5 | Encontro poucas opções saudáveis de pratos fáceis de cozinhar, semipreparados ou congelados. | | | |
| 6 | Alimentação saudável é cara. | | | |
| 7 | Zombam de mim quando como pouco ou recuso um alimento inadequado. | | | |
| 8 | Preciso modificar radicalmente minha alimentação, é difícil. | | | |
| 9 | Não encontro opções saudáveis em casa, no trabalho, em restaurantes ou nas lanchonetes. | | | |
| 10 | Tenho pouco conhecimento sobre alimentação saudável. | | | |
| 11 | Preciso seguir as escolhas alimentares da minha família e do meu grupo de amigos. | | | |
| 12 | Não quero deixar de ingerir os alimentos que eu gosto. | | | |
| APURAÇÃO DO RESULTADO | | SOMA | | TIPO |
| Some os resultados obtidos nas questões: 1 + 5 + 9 = | | Tempo e disponibilidade | | A |
| Some os resultados obtidos nas questões: 2 + 6 + 10 = | | Conhecimentos e habilidades | | B |
| Some os resultados obtidos nas questões: 3 + 7 + 11 = | | Falta de apoio social e hábitos familiares | | C |
| Some os resultados obtidos nas questões: 4 + 8 + 12 = | | Baixa motivação | | D |

E. Tarefa para casa: automonitoramento

Muito bem! Vocês conseguiram, em grupos, identificar algumas das principais dificuldades para adotar uma alimentação mais saudável e puderam propor estratégias para superar essas dificuldades. Agora eu vou falar sobre a tarefa de casa que vocês devem realizar durante esta semana.

O primeiro passo para modificação do comportamento alimentar é adquirir consciência sobre: como eu como, quando, o que, porque, com quem. A estratégia mais utilizada e recomendada para tomar consciência de como é nossa alimentação e quais são nossas dificuldades para ter uma alimentação mais adequada é OBSERVAR, REGISTRAR E AVALIAR SUA PRÓPRIA ALIMENTAÇÃO.

Como? Através do automonitoramento, ou seja, realizando um registro escrito de tudo o que se come, pois isso propicia o aumento da consciência sobre como estamos nos alimentando e possibilita identificar quais comportamentos precisamos mudar.

O registro possibilita identificar com que frequência e sob quais circunstâncias o indivíduo assume comportamentos que favorecem ou que boicotam os esforços para perder peso. Por exemplo, através do automonitoramento podemos observar que temos mais probabilidade de comer em excesso em determinado horário do dia; quando estressado, deprimido ou chateado; ou em companhia de alguma pessoa em particular.

[Explicar como deve ser preenchido o registro]

Vamos preencher a partir de hoje e vocês vão observar porque é importante anotar assim que ingerimos o alimento. Vocês se lembram bem do que comeram hoje antes de vir ao curso? Comecem a preencher o registro de vocês.

O registro é considerado a mais importante estratégia para mudança de estilo de vida. Ele é IMPRESCINDÍVEL. Vários estudos demonstraram uma forte associação entre perda de peso e o preenchimento completo e consistente do registro. É MUITO IMPORTANTE PARA VOCÊ, VAI LHE FAZER ADQUIRIR DISCIPLINA.

Vocês gostaram? Acham que vai ser difícil fazer o registro alimentar por 7 dias? De 0 a 10, quanta dificuldade vocês acham que terão para cumprir esta tarefa?

[Anotar quem diz que é difícil e incentivar mais]

2º encontro: Alimentação Saudável

A. Retomar tarefa de casa: Automonitoramento

Para retomar dever de casa: Automonitoramento, registro alimentar de 7 dias.

- Como foi trabalhar com o registro?
- Vocês completaram os 7 dias? Vocês gostaram?
- Qual o motivo de você não completar o seu registro?

[Enaltecer aqueles que realizaram o registro]

- Você teve oportunidade de conhecer melhor sua alimentação? Algo te surpreendeu? Foi possível reconhecer quais são os pecados da sua alimentação?

[Deixar que continuem preenchendo até completar ou mais, se quiserem]

- É importante avaliar, não basta só escrever.
- Analisando o registro:
 - Em média, quantas porções de frutas comeram por dia?
 - Hortaliças, copos de água?

- Alimentos como frituras, doces, salgadinhos ou preparações gordurosas apareceram quantas vezes nesta semana?
- Alguma relação com companhia, sentimento/humor?

[Não precisa dar retorno: dizer que é muito importante]

B. Peso Saudável

Agora vamos passar dois pequenos filmes para vocês, que fazem parte da atividade peso saudável e atividade física. Nosso objetivo é mostrar pra vocês a importância de ter um peso saudável e praticar atividades físicas.

Um deles é uma parte do documentário Super Size Me, que conta a história de um homem que decide passar 30 dias comendo só no Mc Donald's para ver o que acontecerá com sua saúde. Alguém já assistiu?

O outro filme também foi retirado de um documentário e fala sobre a importância da atividade física.

1º Filme

E aí, vocês gostaram? Vocês achavam que isso realmente poderia acontecer ou não? Vocês viram os efeitos da alimentação que ele teve por 30 dias. Imaginem pessoas que passam anos se alimentando desta forma!

[Deixar eles comentarem cerca de 1 minuto]

2º Filme

Vocês viram no filme que o aumento de peso leva ao aumento do colesterol, dos triglicérides, da pressão sangüínea, da glicose, e isso tudo pode levar a uma série de problemas. Mas quais seriam esses problemas? Obesidade, o diabetes, alguns tipos de câncer, principalmente de mama, pressão alta, hepatite, e problemas como o infarto, derrames, infertilidade.

O nosso peso é resultado da diferença entre a quantidade de calorias que ingerimos e a quantidade de energia que gastamos. Se consumirmos uma quantidade de calorias maior do que a quantidade gasta, o organismo vai acumular o excesso na forma de gordura. Para que o peso se mantenha estável, é necessário que haja um equilíbrio nesta balança consumo versus gasto. Se eu quero perder peso, tenho que ingerir menor quantidade de calorias ou então aumentar a quantidade de energia que eu gasto.

Mas vocês acham que a quantidade de calorias que a [**nome mulher**] deve consumir é a mesma quantidade que o [**nome homem**] deve consumir? Não, por quê? Por três motivos: primeiro que a [**nome mulher**] é mulher e o [**nome homem**] é homem; segundo que a idade dos dois não é a mesma; e terceiro que o [**nome homem**] pratica atividade física, e por isso gasta mais energia. Então podemos perceber que a quantidade de energia que uma pessoa deve consumir depende da idade, da atividade física e do sexo.

Mas como saber se o peso nosso está adequado ou não? Vocês se lembram que no início do filme a nutricionista disse que o peso do Morgan estava ideal para sua altura? Ela calculou o Índice de Massa Corporal, mais conhecido como IMC. Alguém sabe me dizer como se calcula? Isso mesmo: a gente divide o peso pela altura duas vezes. Por exemplo: Uma moça tem 1,60m de altura e 69 kg. Então o IMC dela é 26,9kg/m². Mas o que significa esse valor? É bom ou é ruim? Com o resultado, a gente verifica em qual faixa se encontra o IMC. Quanto maior o IMC, maior é o risco para desenvolver doenças. Um IMC de 18,5 até 24,9 indica um peso saudável. Um IMC entre 25 e 30 indica situação de sobrepeso. Acima de 30 é situação de obesidade. Qual é a situação da moça?

Com esta fórmula do IMC podemos também calcular nosso peso saudável. Para isso, multiplicamos 24,9 pela altura ao quadrado. Poderíamos ter escolhido qualquer valor de 18,5 até 24,9 e todos eles nos indicariam um peso saudável. Mas escolhemos 24,9 por ser o mais próximo da realidade de quem possui sobrepeso. Para a moça então o peso saudável seria 64 quilos. Depois vocês podem calcular o IMC de vocês e o peso saudável.

No entanto, existem muitas pessoas com o IMC um pouco elevado: 35, 40. E precisariam perder muitos quilos para chegar ao peso saudável. Nesses casos, qualquer perda de peso já traz benefícios para a saúde. Como vimos no filme, a nutricionista fala que uma perda de peso em 10% pode ser muito benéfica, pois está associada com redução do risco e melhor controle de diabetes, redução da pressão arterial e melhora dos níveis de colesterol e triglicérides em pessoas com excesso de peso. Aos poucos, talvez essas pessoas consigam chegar ao peso mais recomendado. E mesmo que a prática de atividade física e uma dieta saudável não resultem em uma boa perda de peso, os benefícios destas práticas já terão efeitos importantíssimos para a nossa saúde.

Quem aqui já fez dietas radicais e chegou a perder peso rápido e depois ganhar tudo de novo? É importante que a perda de peso seja gradual e duradoura, pois assim é bem maior a possibilidade de manutenção do novo peso por mais tempo. Uma média que a gente recomenda é não perder mais que 900 gramas de peso por semana.

A atividade física regular também é muito importante para manter o peso saudável, pois o exercício físico aumenta a quantidade de energia gasta pelo corpo, aumentando as chances de se manter ou perder peso.

Mas o que é atividade física? Alguém sabe me dizer? A atividade física é definida como qualquer movimento do corpo, produzido pelos músculos, que resulte em gasto energético maior que os níveis de repouso. Ou seja, a atividade física não significa necessariamente freqüentar uma academia ou praticar algum esporte, mas sim ter uma vida mais ativa. Já o exercício é a prática de atividade física regular que mantém a freqüência cardíaca elevada, que seria a musculação, a caminhada, a corrida, andar de bicicleta, um jogo de futebol.

O ser humano é preparado para ser fisicamente ativo. Antigamente, nossos antepassados tinham que ir à caça para conseguir alimentos. Hoje em dia não existe mais isso. O supermercado é logo ali na esquina, se eu quero comer pizza ou comida chinesa eu só tenho que discar o número do telefone e, além disso, podemos comprar quase tudo pela internet, sem sair de casa. Para vocês terem uma idéia, em 1998, foi estimado que 70% da população brasileira era sedentária ou praticava pouquíssima atividade física. Isso há quase dez anos, quando não havia tantos destes serviços que eu falei. Imaginem hoje!

O ideal é que durante o dia façamos 30 minutos de atividade física, que pode ser realizada no seu dia-a-dia, por exemplo: passeie um pouco mais com seu cachorro; faça compras a pé; ao invés de subir de elevador opte pela escada; não utilize o carro para distâncias pequenas. Mas é importante que vocês descubram qual atividade é mais agradável e mais adequada ao seu estilo de vida. Ninguém quer fazer aquilo que não gosta, não é mesmo? Todas as formas de atividade física são benéficas para a saúde.

Quanto mais ativo você for, maiores serão os benefícios para a sua saúde. Pessoas mais ativas possuem equilíbrio energético mais elevado e são capazes de aproveitar melhor os alimentos sem acumular gordura.

Os principais benefícios da atividade física são:

- Previne e reduz os efeitos de doenças como: Doenças do coração, Obesidade, Pressão alta e Diabetes
- Combate o estresse e a depressão
- Mantém músculos, ossos e articulações fortes
- Melhora a capacidade física

- Melhora o sistema imunológico e mantém as funções sanguíneas e hormonais saudáveis e, por isso, pessoas mais ativas ficam menos enfermas e muito provavelmente terão uma expectativa de vida maior, envelhecendo com saúde
- Melhora a saúde mental e emocional e conseqüentemente as pessoas que estão em boa forma física desfrutam mais da vida, do trabalho, dormem melhor
- Melhora sua auto-estima e disposição

C. Fruta do dia

Maçã

A maçã é uma fruta bastante comum no Brasil, sendo sempre encontrada em bancas de frutas, feiras e supermercados a preços acessíveis. As variedades de maçã mais conhecidas são a Fuji e a Gala. A Gala brasileira é prontamente reconhecida pela sua bicoloração e casca raiada, sendo a polpa crocante, saborosa e muito doce. A Fuji brasileira é maior que a Gala, no entanto é tão doce quanto. Fruta originária das regiões temperadas, a maçã, além de saborosa, tem considerável valor nutritivo.

Uma maçã média (100g) contém cerca de 65 kcal. Possui vitamina C e é fonte de potássio, fósforo, ferro, vitaminas do complexo B e uma pequena quantidade de vitamina A. É rica em pectina que, por reduzir a absorção de colesterol, torna a maçã um excelente agente para manter as taxas de colesterol em níveis aceitáveis através da ingestão de uma maçã por dia.

As fibras da maçã estão presentes em maior quantidade na casca da fruta, sendo de grande importância para a digestão e um bom fluxo digestivo, contribuindo ainda na prevenção de cânceres ao longo do trato digestivo e principalmente o câncer do colo retal. Possui ação desintoxicante e contribui para o tratamento das pessoas que possuem excesso de colesterol no sangue, diabetes, gota e úlceras duodenais.

Sendo bem higienizada, é importante que o consumo dessa fruta seja feito com casca para o aproveitamento total das fibras. A maçã é de fácil acesso à população em geral e também de fácil transporte. Pode ser levada à escola ou ao trabalho e ingerida em intervalos entre as refeições principais, compondo um lanche saudável e muito gostoso.

D. Alimentação Saudável (Dominó)

Introdução à dinâmica

Bom dia/ Boa tarde! Agora, iremos falar sobre um assunto de grande importância em Alimentação Saudável: Os grupos alimentares. Para isso, vamos jogar dominó. Acho que todos aqui já jogaram ou pelo menos sabem como jogar, não é mesmo?! Vocês vão se dividir em 4 grupos e cada um receberá no mínimo

uma peça. A primeira peça é a “Alimentação Saudável”. A partir dela, vocês vão discutindo entre si e encaixem as outras como vocês acharem melhor. As palavras/ grupos alimentares de uma peça se referem a uma frase de outra peça

[exemplificar]

Vocês têm 10 minutos para montar o dominó e ao fim desse período, nós o montaremos com vocês na frente discutindo os conceitos abordados.

DOMINÓ 1º PARTE

Alimentação saudável → **Deve ser composta por todos os grupos alimentares.**

Como já foi dito, uma alimentação saudável não é aquela composta por alguns alimentos específicos. Muito pelo contrário, ela deve ser feita de uma forma equilibrada e para tal, deve ser constituída de vários alimentos representantes de todos os grupos alimentares.

Leguminosas → **Melhor fonte vegetal de proteína. É recomendada a ingestão de 1 porção ao dia.**

São a principal fonte de proteína vegetal. Deve ser consumida 1 porção diária que é o equivalente, por exemplo, a: 1 concha de feijão cozido; 1 ½ colher de servir de soja cozida, 1 ½ colher de sopa de grão de bico.

A combinação do arroz e feijão do brasileiro é muito interessante, pois fornece ao organismo componentes fundamentais. São uma combinação completa de proteínas. Devido ao estilo de vida, da correria do dia-a-dia, as pessoas vem substituindo esse arroz e feijão por lanches, fast-foods, o que não é bom, porque além de deixar de fornecer ao organismo essa combinação completa de proteínas, está aumentando o consumo de gorduras, açúcares e sal.

Frutas e hortaliças → **Importantes fontes de fibras para um bom funcionamento intestinal.**

Devem ser consumido 3 porções de frutas e 3 porções de hortaliças por dia. São importantes fontes de fibras, ajudando a regular o intestino. Possuem vitaminas e minerais importantes ao funcionamento do organismo. Seu consumo diário e regular está associado à prevenção das doenças crônicas como diabetes, pressão alta, câncer, infartos, ajudando a manter um estilo de vida mais saudável.

Dica: frutas da estação são mais baratas, e permitem a variação.

Cereais → **Principal fonte de energia e deve compor a maioria das refeições.**

É a principal fonte de energia da alimentação, e está presente em maior quantidade na maioria das refeições. São recomendadas 6 porções diárias. Vocês sabem o que significa 1 porção de cereais? Uma

porção seria, por exemplo: 4 colheres de sopa de arroz branco cozido, 1 unidade de pão francês, 2 colheres de servir de purê de batata, 3 ½ colheres de sopa de macarrão cozido.

Como muita gente já está pensando, os cereais são compostos principalmente por carboidrato. Os carboidratos vêm sendo acusados de serem os responsáveis pelo excesso de peso. Vocês acham que o vilão do excesso de peso são os carboidratos? Como já foi falado, uma alimentação deve conter todos os grupos alimentares, então devemos consumir carboidratos, mas com moderação. Ele é indispensável em uma alimentação, pois algumas células do organismo utilizam exclusivamente carboidratos como combustíveis (ex: neurônios e células musculares).

As dietas de revista em geral tiram um grupo alimentar da dieta, mas isso não é interessante, porque uma alimentação deve conter todos os grupos alimentares, o que devemos observar é se estamos comendo com moderação. E mais importante do que a perda de peso é a forma como se perde peso! Devemos emagrecer com saúde.

Refeições → **O correto são três principais intercaladas com pequenos lanches.**

Devemos fazer 3 refeições diárias (café da manhã, almoço e jantar) intercaladas por pequenos lanches (dando preferência às frutas e sucos naturais). As refeições devem ser variadas, moderadas e estar em equilíbrio. É importante a consulta e interpretação dos rótulos, a lista de ingredientes e o modo de preparo dos alimentos, porque isso ajuda na seleção de alimentos mais saudáveis.

DOMINÓ 2ª PARTE

Alimentação Saudável → **Deve ter variedade, moderação e equilíbrio.**

É importante o consumo de todos os grupos alimentares ao longo do dia e todos os dias e para isso a alimentação deve ser variada, para fornecer ao organismo tudo aquilo que ele necessita.

Além disso, a nossa alimentação deve ser moderada: A quantidade de alimentos que ingerimos deve ser suficiente para permitir o cumprimento de nossas atividades. Ela não deve ser em excesso e também não deve ser insuficiente. A alimentação deve fornecer energia para irmos trabalhar, para estudar, realizar as atividades físicas, e todas as tarefas do dia. Uma forma de ver se a alimentação está moderada é observar o peso; se o peso está se mantendo a alimentação está moderada, mas se está ocorrendo um aumento no peso, a alimentação pode estar em excesso.

A alimentação também deve ser equilibrada. Deve haver uma proporção entre os alimentos. É a garantia da quantidade e da qualidade dos alimentos consumidos.

Os primeiros passos para uma alimentação saudável são: aumentar o consumo de frutas, verduras e legumes, aumentar a ingestão de água e reduzir o consumo de gorduras, açúcares e sal.

Leite e derivados → **O consumo de 3 porções diárias é essencial para a formação e manutenção da massa óssea.**

Esse grupo é essencial ao desenvolvimento das crianças e importante para o bom desenvolvimento e manutenção óssea em todas as idades, pois é fonte de cálcio, proteínas e vitaminas, por isso é imprescindível que sejam consumidas 3 porções diárias (uma porção equivale a um copo de 300 mL de leite, ou 1 pote de iogurte de 140g, ou 1 fatia grande de queijo minas frescal de 40g). Leites e derivados devem ser preferencialmente desnatados para os adultos e integrais para crianças, adolescentes e gestantes.

1) Apenas bebês/crianças devem tomar leite?

Não. Ele é essencial para o desenvolvimento e manutenção óssea em todas as idades.

2) Sabem qual é a diferença entre leite desnatado, semidesnatado e integral?

Teor de gordura. O integral apresenta composição original de gordura do leite, que varia entre 3 e 3,5%. O semidesnatado e o desnatado passam por um processamento que visa à diminuição do teor de gordura que é equivalente a 1% e próximo a 0%, respectivamente.

Dica: É preferível que o requeijão não seja utilizado como um derivado do leite/fonte de cálcio, mas que seja consumido como uma opção mais saudável em relação à manteiga e à maionese, devido ao seu teor de gordura.

Gorduras e açúcares → **A redução do consumo ajuda a prevenir a obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares.**

É necessário que se consuma gordura, porém não é preciso buscar que as necessidades diárias sejam atendidas, pois existe gordura naturalmente na maioria dos alimentos que consumimos.

Os açúcares, assim como as gorduras, também são fonte de energia e podem ser encontrados naturalmente nos alimentos, como frutas e mel, ou ser adicionados em preparações e alimentos processados.

É pelo fato das gorduras e açúcares estarem naturalmente na maioria dos alimentos que estamos acostumados a consumir que é aconselhado que seu consumo seja reduzido, pois eles aumentam muito a quantidade de calorias nos alimentos e a ingestão freqüente e em grande quantidade aumenta o risco de doenças crônicas como obesidade, diabetes, câncer e doenças do coração.

Carnes e ovos → **Excelentes fontes de proteína, porém devem ser consumidos com moderação (1 porção por dia).**

Essas são as principais fontes de proteínas e micronutrientes como ferro que, nesses alimentos, apresentam-se em uma forma a qual é melhor absorvida pelo nosso corpo. Recomenda-se que seu consumo seja moderado (2 porções por dia- 2 ovos cozidos ou 1 bife grelhado médio de 90g, por exemplo) e que antes de preparar o alimento, toda a gordura aparente das carnes e a pele das aves sejam retiradas. Sugere-se também que as carnes magras sejam escolhidas preferencialmente e que se prefira as formas de preparo com menor quantidade de gordura como: cozidas, assadas e grelhadas. Lembrem-se de que carne grelhada com muito óleo vira frita!

Dica: As panelas de teflon são uma boa opção para se preparar as carnes com menos gordura, pois com a própria água e gordura que sai desse alimento, ou com poucas gotas de óleo, já é possível cozinhá-las.

Sal (sódio) → **Consumo excessivo aumenta pressão. Cuidado com os alimentos industrializados.**

A quantidade de sal por dia deve ser, no máximo, 1 colher de chá rasa por pessoa (que equivale a 5 g), distribuída em todas as preparações consumidas durante o dia. Porém a maioria da população ingere quantidades muito maiores que a recomendada diariamente. A média da população brasileira é o consumo de 10g, o dobro do recomendado. Portanto, é necessário que se busque a redução do consumo de sal, visto que ele está associado ao desenvolvimento de hipertensão arterial.

Deve-se ter especial cuidado em relação aos produtos industrializados que geralmente são concentrados em sódio para melhor conservação e sabor devido ao seu conteúdo de aditivos, como conservantes, corantes, aromatizantes etc.

Frutas e hortaliças → **O consumo diário de pelo menos 3 porções está associado à prevenção das doenças crônicas e manutenção do peso saudável.**

Evidências científicas comprovam que esse grupo deve estar presente diariamente nas refeições, pois são ricos em vitaminas, minerais e fibras que contribuem para a proteção à saúde e diminuição do risco de ocorrência de várias doenças. Por isso é de grande importância a ingestão de legumes e verduras como parte das refeições e de frutas nas sobremesas e lanches, sendo esse consumo feito de forma variada e diária. São muitas as opções desses alimentos disponíveis assim como são diversos os modos de preparo que existem para valorizar o sabor. Exemplos disso são as saladas de frutas, os suflês, patês, sucos, saladas de verduras e frutas.

Água

O tema água não foi abordado durante o dominó, mas iremos falar um pouco dela nesse momento, pois o consumo de pelo menos 2 litros de água diariamente é imprescindível a uma boa saúde.

As pessoas devem ingerir no mínimo dois litros de água por dia (6 a 8 copos), preferencialmente entre as refeições, sendo que essa quantidade pode variar de acordo com a atividade física e com a temperatura do ambiente. É importante que esse consumo seja feito ao longo do dia e independente de outros líquidos, como sucos, por exemplo.

Dicas: É difícil lembrar-se de beber água em meio a tantas tarefas e atividades que realizamos no nosso dia-a-dia. Porém, existem alguns recursos que podem nos ajudar a lembrar: Utilizar o despertador, lembrete do celular para lembrar-se de beber água de hora em hora. Um participante da oficina que a gente realizou, relatou que no seu trabalho há programa no seu computador que de hora em hora aparece um aviso na tela: Beba água! Outra boa opção!

E. Tarefa para casa: Fracionamento das refeições

Vamos falar sobre o dever de casa para a próxima semana. Vocês viram durante a atividade do Dominó qual é o número adequado de refeições que devemos realizar diariamente, lembram? Quantas refeições devemos ter todos os dias? Três principais intercaladas por pequenos lanches. Muito bem.

Esta será a tarefa que vocês devem realizar a partir desta semana: aumentar o fracionamento das refeições, buscando realizar o que é recomendado: Três refeições principais intercaladas por pequenos lanches, evitando ficar por longos períodos sem se alimentar. O ideal é realizar uma refeição a cada 3 horas aproximadamente. Para tal, alguns precisarão incluir lanches entre as refeições principais, que podem ser frutas, iogurtes, leite com bolacha.

Analisando o registro alimentar, que foi a tarefa da semana passada, vocês poderão verificar em que período vocês têm mais dificuldade para se alimentar. Quem ainda não completou o registro dos sete dias, deve completar, pois isso ajudará vocês a terem mais consciência sobre como é a alimentação de vocês, permitindo que vocês avaliem e corrijam o que for necessário.

Todos entenderam qual é a tarefa de casa desta semana? Realizar pelo menos três refeições principais intercaladas por pequenos lanches.

3º encontro: Refeições

A. Retomar tarefa de casa: Fracionamento das refeições

E aí gente, como foi realizar a tarefa de casa?

[Deixar que alguém lembre qual era a tarefa e só depois repetir para que outros lembrem]

Muito bom, então você conseguiu incluir um lanche, geralmente uma fruta, entre o café da manhã e o almoço. Parabéns! Quem mais cumpriu a tarefa de aumentar o fracionamento das refeições, evitando ficar muito tempo sem se alimentar?

[Deixar que respondam, sempre enaltecendo os sucessos]

B. Escolhas saudáveis em restaurante de auto-serviço

Apresentação em Power point: 40 minutos

SLIDE 1: Como ter um almoço saudável em restaurantes de auto-serviço?

SLIDE 2: Atributos da alimentação saudável - cor, sabor, variedade, harmonia e moderação.

Como nós vimos nessa dinâmica, é essencial lembrar-se dos atributos da alimentação saudável para montar um prato saudável no almoço. Vou agora passar pra vocês algumas "dicas" que vão ajudá-los a conseguir colocar os atributos em prática.

SLIDE 3: DEFINA o tipo de refeição que você DESEJA ou MERECE.

Para tomar essa decisão você precisa pensar nas demais refeições do dia e até do dia anterior. Se você já extrapolou no café da manhã, deve manejar no almoço, se vai a uma festa à noite, deve se lembrar disso antes de servir o seu prato de almoço e comer um pouco menos optando por alimentos mais saudáveis.

SLIDE 4: Já no local, antes de entrar na fila: Observe e avalie.

OBSERVE as possibilidades, AVALIE as diferentes composições entre os diversos grupos de alimentos - escolhendo os alimentos antes de se servir você reduz o risco de exagerar. Muitas vezes enchemos muito o prato por que queremos provar de tudo um pouco e quando chegamos lá no final lá está aquela preparação PREFERIDA. Nem tem mais espaço no prato, mas a gente dá um jeito e lá está um prato EXAGERADO! Escolhendo que alimento vai pegar ANTES de começar a se servir é possível comer o que mais gostamos com moderação!

SLIDE 5: O que evitar! Colocar no prato mais de uma preparação principal ou mais de um acompanhamento; acréscimos de temperos; acompanhamentos a base de frituras; molhos; uso de saleiro, de temperos a base de molho de soja e similares; preparações a base de leite.

Evite colocar no prato mais de uma preparação principal ou mais de um acompanhamento. O ideal é que o seu prato tenha uma preparação principal e um acompanhamento, assim como nas refeições que fazemos em casa. Quando almoçamos em casa não comemos frango, carne, peixe e bobó de camarão, né? Geralmente temos uma opção de preparação principal que já é suficiente. Assim também com os acompanhamentos. Em casa geralmente temos arroz, feijão e algum acompanhamento tipo legumes refogados, purê de batata ou suflê de legumes. Nos restaurantes de auto-serviço encontramos às vezes dois tipos de arroz, dois de feijão e mais algumas opções acompanhamentos – e quase sempre colocamos um “pouquinho” de cada um.

Escolha antes que acompanhamento você vai consumir. Evite acompanhamentos feitos à base de alimentos fonte de proteínas (suflês, omeletes, tortas de frango, de carne), pois você provavelmente já vai estar consumindo a proteína da carne ou do frango ou peixe da preparação principal. Acompanhamentos à base de verduras cozidas são ótimas opções!

Ao se servir, evite ACRÉSCIMOS de temperos e acompanhamentos a base de frituras e molhos, principalmente a base de maionese, creme de leite e óleo. Também é muito importante evitar o excesso de sódio. Primeiramente é essencial não fazer uso do saleiro. A comida já está temperada, não há necessidade de acrescentar mais sal. E em segundo lugar, precisamos lembrar que temperos e molhos prontos também têm excesso de sal. Aqueles a base de soja (shoyu e Ajinomoto) também são extremamente ricos em sódio.

Devemos evitar durante o almoço consumir preparações, incluindo sobremesas e bebidas que levem leites e derivados em geral como creme de leite, queijos. O cálcio presente no leite atrapalha a absorção de nutrientes que consumimos principalmente durante o almoço e jantar. Mas isso não quer dizer que vocês devem evitar tomar leite durante o dia todo, pois já vimos que ele é muito importante, e deve ser consumido nas demais refeições.

SLIDE 6: CHAPA é diferente de grelha; - Milanesas, dorés, churrasco, são opções SEMANAIS e não diárias. SEMPRE controle o "peso" habitual de seu prato.

Às vezes escolhemos o alimento preparado na chapa, achando que estamos fazendo uma ótima opção, porém, a maioria dos restaurantes utiliza uma quantidade exagerada de óleo na chapa, o que vai caracterizar uma fritura e não uma preparação grelhada.

É importante lembrar que preparações “especiais”, como milanesa, churrascos, frituras e alimentos gordurosos não devem ser opções diárias, devem ser consumidas no máximo como opção semanal (1x/semana). Se você consome uma preparação desse tipo por dia, está “exagerando” na gordura todos os dias.

SLIDE 7: SOBREMESAS e BEBIDAS

SOBREMESAS e BEBIDAS são opções que podem comprometer todo o balanceamento de uma refeição, além de aumentarem seu custo! Não vai adiantar muito o esforço de fazer uma refeição super saudável se na hora da sobremesa houver um exagero! Se você não consegue ficar sem um docinho depois do almoço, escolha uma fruta docinha, tem um monte de nutrientes e é super saudável. Eventualmente, podemos consumir o doce, desde que seja uma pequena porção (por exemplo: um figo em calda, uma colher de doce de fruta em pasta são capazes de saciar esta vontade e não prejudicam tanto a dieta). PEQUENOS deslizes, quando se tornam de repetição sistemática se traduzem em ACIDENTES!

Sobre as bebidas a [**Nome**] vai falar daqui a pouco.

SLIDE 8: Mastigação, apreciar o sabor do alimento.

A última coisa, porém não menos importante, é que a hora da alimentação deve ser prazerosa! Todo mundo gosta de comer e este prazer deve ser mantido. É essencial uma mastigação lenta e adequada para apreciar o sabor dos alimentos. Além disso, a digestão começa na boca.

Vamos colocar em prática essas dicas e cultivar hábitos alimentares mais saudáveis. É tudo uma questão de hábito!

C. Dinâmica – Almoço Saudável

A próxima dinâmica que vamos trabalhar chama-se “montando seu almoço”. O objetivo dessa dinâmica é capacitar vocês para realizar escolhas mais saudáveis em restaurantes de auto-serviço. Como será essa dinâmica: inicialmente, para divisão dos grupos, vocês receberão um cartão. Quem tem cartão [**cor 1**] fica aqui, quem tem [**cor 3**] ali, [etc.].

[Divididos os grupos]

Vou explicar como funciona a dinâmica, ok? Temos aqui na mesa, diversas figuras de alimentos simulando um “balcão de restaurante de autosserviço” (self-service). Cada grupo vai escolher 1 pessoa para vir aqui montar o prato do almoço. Os representantes do grupo [**cor 1**] e do grupo [**cor 2**] vão montar o prato habitual, aquele que mesmo sabendo que não é o mais saudável a gente geralmente come; e os representantes do grupo [**cor 3**] e [**cor 4**] vão montar o prato mais saudável.

Enquanto os representantes estão montando os pratos, os outros participantes vão estudar o folder dos atributos da alimentação saudável que será entregue agora. Depois dos pratos montados cada grupo vai analisá-los de acordo com os atributos da alimentação saudável que estudamos no domínio, na seção passada.

Quem lembra quais são os atributos da alimentação saudável? Os atributos da alimentação saudável são: sabor, equilíbrio, variedade, moderação, cor.

Vocês vão discutir em grupos se os pratos montados têm todos os atributos da alimentação saudável e depois um de vocês vai apresentar para todos o que vocês discutiram. Os representantes podem formar a fila e se servir!

D. Fruta do dia

Uva

A uva é uma das frutas que pode ser saboreada o ano todo. Apresenta diversos tipos, entre eles destacam-se os seguintes: Niágara branca e rosada, Itália e rubi. Essa fruta é rica em carboidratos, mas também apresenta pequenas quantidades de vitaminas do complexo B e vitamina C. Fornece boas doses de minerais como potássio, cálcio, fósforo, magnésio, cobre e iodo. Esses são nutrientes fundamentais para o nosso corpo, importantes em funções do sistema de defesa natural do corpo, fornecimento de energia, etc.

As cascas das uvas contêm quercetina, um pigmento vegetal que regula os níveis de colesterol no sangue e reduz o risco de ataques cardíacos. Outro composto importante com ação semelhante é o flavonóide, um antioxidante que é capaz de evitar a oxidação do chamado mau colesterol, LDL, que leva à formação de placas nas paredes das artérias, associadas ao infarto do coração.

Por conter os flavonóides em sua composição, o efeito do consumo moderado de vinho tinto (1 cálice por dia) como protetor do coração já é bastante conhecido. Entretanto, estudos têm sugerido que o suco de uva preta ou rosada, melhor e mais nutritivo do que o vinho, pode trazer os mesmos benefícios à saúde. Há também na uva o resveratrol que ajuda a prevenir a formação de tumores e aumenta a quantidade do colesterol bom, HDL.

As formas mais comuns nas quais a uva é consumida é in natura, desidratada (uvas passas), sucos e vinho tinto.

E. Dinâmica - Cardápio Diário

Agora, com os pratos que vocês montaram, vamos fazer a dinâmica do CARDÁPIO DIÁRIO. O objetivo desta atividade é capacitar vocês para realizar escolhas alimentares saudáveis ao longo do dia.

Serão dois grupos. Vamos juntar os dois grupos que fizeram o almoço habitual e os dois grupos que fizeram o almoço mais saudável. Cada grupo vai montar em conjunto um cardápio diário saudável (lembrem-se: não é necessariamente o que vocês estão acostumados a comer), ou seja, todas as refeições de um dia inteiro, considerando que o almoço é o prato que vocês elaboraram e ele não poderá ser alterado (estará escrito no quadro).

Vocês que elaboraram o almoço habitual vão fazer o cardápio com lanche noturno e vocês que elaboraram o almoço mais saudável vão fazer o cardápio com jantar. Virá um representante de cada grupo ao quadro e todos juntos vão opinar sobre o cardápio. Vocês não precisam colocar no cardápio aqueles dois litros de água que eu tenho certeza que vocês estão tomando!

Ao final, faremos uma discussão e vamos avaliar os dois cardápios. Vocês têm 10 minutos para montar o cardápio.

Check-List:

- Fracionamento em três refeições principais intercaladas por pequenos lanches
 - Alimentos ideais para os lanches - frutas, barras de cereais, biscoitos salgados ou doces sem recheio, bolos caseiros sem cobertura, iogurtes
- A quantidade – moderação
- Presença de todos os grupos alimentares - variação
- Proporção entre os alimentos – equilíbrio
 - Leguminosas – 1 porção
 - Frutas – 3 porções
 - Hortaliças – 3 porções
 - Cereais – 6 porções
 - Leites e derivados – 3 porções
 - Gorduras e açúcares – mínimo possível
 - Carnes/ovos – 1 porção

- Líquidos durante as refeições – evitar! Máx: 1 copo de requeijão. Preferir sucos ricos em vitamina C, pois ajuda na absorção de nutrientes. A boa mastigação e saborear os alimentos sem pressa evitam a necessidade de líquidos durante as refeições para “empurrar a comida goela abaixo”.

F. Tarefa para casa: Consumo de frutas maior ou igual a 3 porções/dia. Trazer frutas próxima aula.

Vamos falar sobre o terceiro dever de casa, as tarefas desta semana.

É importante que vocês saibam que as tarefas de casa são cumulativas e que cumprindo todas as tarefas durante o curso vocês conseguirão tornar a alimentação de vocês mais saudável, pois as tarefas são os principais pontos que determinam uma alimentação adequada.

Começamos com o registro alimentar: a melhor forma de vocês conhecerem a própria alimentação e tomar consciência dos hábitos inadequados. O dever de casa da última semana foi o fracionamento das refeições, realizar pelo menos três refeições principais intercaladas por pequenos lanches.

A tarefa desta semana é aumentar o consumo de frutas para, pelo menos, três porções de frutas por dia. Para tal, vocês podem consumi-las no lanche da manhã, como sobremesa, no lanche à tarde, antes de dormir. Então todos os dias durante esta semana vocês deverão consumir no mínimo 3 frutas por dia.

Tem uma segunda tarefa: para que vocês comecem a trazer lanches para o trabalho, nós não traremos a fruta do dia para o próximo encontro, vocês que deverão trazer. Cada um trará uma fruta (ou porção) que deverá ser consumida no momento da fruta. Com esta tarefa queremos mostrar para vocês que é possível levar frutas para lanche no trabalho sem grandes dificuldades e incentivar que façam isso rotineiramente.

Todos entenderam as tarefas? Consumir no mínimo 3 porções de frutas todos os dias e trazer uma fruta como lanche para o próximo encontro.

4º encontro: Alimentos

A. Retomar tarefa de casa: Consumo de frutas maior ou igual a 3 porções/dia. Trazer frutas próxima aula.

Boa tarde/ bom dia, e então, todos cumpriram o dever de casa para esta semana? Estou vendo que “todos” (“a maioria”) trouxeram as frutas. Muito bem! E a outra tarefa, cumpriram?

[Deixar que falem. Enaltecer todas as tentativas em aumentar o consumo de frutas.]

B. Gorduras, Açúcares e Sal

Hoje vamos começar aprendendo um pouco mais sobre gorduras, açúcares e sal. Os açúcares e gorduras são fontes de energia para o organismo, e por isso são importantes em uma alimentação. No entanto, temos que saber distinguir aquelas que são mais saudáveis e essenciais ao bom funcionamento do organismo daquelas que devem ser evitadas por prejudicar a saúde, e, além disso, consumi-las com moderação, pois o consumo freqüente e em grande quantidade de gorduras, açúcar e também de sal aumenta o risco de doenças como obesidade, pressão alta, diabetes e doenças do coração.

Sempre falamos na redução do consumo de gorduras, mas é preciso lembrar que existem gorduras que são essenciais para o bom funcionamento do organismo e existem vitaminas que precisam de gorduras para serem absorvidas, por isso todos os seres humanos precisam de gorduras, mas em quantidades moderadas.

Vocês sabem o que é gordura essencial? Gordura essencial é aquela que o organismo não é capaz de produzir e então precisa ser obtida através da dieta. Existem diferentes tipos de gorduras com diferentes impactos na saúde, sendo que esse impacto depende em grande parte do alimento consumido, da quantidade consumida e da forma de preparo do alimento. Os principais tipos de gordura são:

COLESTEROL: Só é encontrado em alimentos de origem animal e seu consumo deve ser evitado.

GORDURA SATURADA: Seu consumo também deve ser evitado, pois essas gorduras são prejudiciais à saúde e estão associadas ao risco e incidência de várias doenças, como aterosclerose (entupimento de vasos em várias partes do corpo, inclusive do coração). As principais fontes são alimentos de origem animal (manteiga, banha, toucinho, carnes e derivados e leite e derivados integrais), embora alguns óleos vegetais sejam ricos nesse tipo de gordura (por exemplo, óleo de coco, dendê, entre outros).

GORDURAS INSATURADAS: Não são prejudiciais à saúde quando consumidas com moderação e incluem as gorduras essenciais ômega 3 e ômega 6. Alguns exemplos são: azeite de oliva, óleos vegetais (girassol, algodão, soja, milho, canola e arroz), azeitona, castanhas, nozes, amêndoas, e óleo de peixe. O peixe e o óleo de peixe são as melhores fontes de gorduras essenciais.

GORDURA TRANS: Gordura trans, gordura vegetal hidrogenada ou gordura hidrogenada são a mesma coisa, ou seja, são sinônimos. A gordura trans é obtida principalmente no processo de industrialização. Ela é mais prejudicial à saúde que as gorduras saturadas e o consumo excessivo está relacionado com o aumento da incidência de doenças crônicas. O consumo excessivo dessa gordura também tende a aumentar o colesterol total e o LDL e a diminuir os níveis de HDL.

Vocês sabem o que significa HDL e LDL? Existem dois tipos de colesterol no sangue: LDL que é chamado de “colesterol ruim” e o HDL o “bom colesterol”.

Pra reduzir o colesterol do sangue é preciso ter uma dieta rica em fibras, baixa em gordura total, baixa em gordura trans, gorduras saturadas e colesterol. Também o exercício físico tem papel fundamental na diminuição do colesterol. Quando temos excesso de colesterol no sangue nosso risco de desenvolver doenças do coração é aumentado e a maior causa do colesterol alto no sangue é a ingestão de alimentos ricos em gorduras trans, saturada e colesterol, como alimentos gordurosos de origem animal (aquela picanha, feijoada), óleos, leite não desnatado. A herança genética também é um fator importante para o aumento das taxas de colesterol no sangue. Todos devem ter cuidado com o colesterol e quem tem essa tendência familiar, deve ter o cuidado aumentado.

Falando em colesterol sempre surge uma dúvida: O que é melhor, manteiga ou margarina? Manteiga é de origem animal e margarina é de origem vegetal. Como a manteiga é de origem animal ela possui colesterol e a margarina por ser de origem vegetal não tem colesterol e ainda a quantidade de gordura saturada e gorduras totais da margarina são menor que da gordura. Porém, existem margarinas com gorduras trans, então é preciso atenção ao comprar esse tipo de alimento. A margarina pode ser uma opção mais saudável que a manteiga, quando não contiver gorduras trans. Mas cuidado com a quantidade: muitas pessoas acabam usando uma quantidade de margarina muito maior do que se usasse a manteiga consumindo muita gordura.

Alguns alimentos merecem muita atenção, pois a gordura presente neles não é visível: a maioria dos bolos, tortas biscoitos, chocolates, salgadinhos, pastéis – que levam muita gordura na preparação da massa, recheio ou cobertura, e ainda todos os alimentos fritos. A gordura usada nesses tipos de alimentos é do tipo vegetal hidrogenada (gordura trans). Essa gordura é muito prejudicial à saúde, quanto menos gordura trans você consumir melhor para sua saúde.

Devemos dar preferência para os óleos vegetais ao cozinhar e preferir formas de preparo que utilizam pouca quantidade de óleo, com assado, cozido, ensopados, grelhados e evitar frituras, pois o consumo excessivo de alimentos com alto teor de gordura está associado ao crescimento e ao risco de incidência de várias doenças, sendo que esse risco é maior em populações que não tem prática de exercício físico.

Agora vamos falar sobre os açúcares. O açúcar está presente na nossa alimentação através de duas fontes. O açúcar na sua forma natural está presente nas frutas e alguns vegetais. É importante consumir essas fontes de açúcar porque além de estarmos consumindo o açúcar em si estaremos consumindo também vitaminas e minerais. Quando falamos na redução do consumo de açúcar, estamos nos referindo

ao açúcar que acrescentamos nas preparações e que também é muito utilizado nos alimentos industrializados.

Uma alimentação com alto teor de açúcar, além de estar associada ao excesso de peso e obesidade, está também relacionada às cáries dentárias. Então nós já sabemos que é importante diminuirmos a quantidade de açúcar que consumimos. Mas o que podemos fazer pra diminuir esse consumo?

Bem, podemos aprender a apreciar o sabor natural dos alimentos diminuindo a quantidade de açúcar acrescentado. Podemos ainda diminuir o consumo de produtos industrializados, que geralmente possuem muito açúcar em sua composição, diminuir o consumo de refrigerantes, doces, sucos industrializados, balas, chocolates, dentre outros. Um dos exemplos de produto industrializado com grande quantidade de açúcar de adição são os sucos. Muitas pessoas pensam que quando estão tomando suco industrializado estão fazendo a opção mais saudável. Na verdade os sucos industrializados têm uma grande quantidade de açúcar de adição, muitos deles tem mais açúcar do que a polpa da fruta que foi utilizada pra fazer a caixinha de suco. Por isso é melhor utilizar sucos naturais. Se isso não for possível, é melhor consumir sucos em polpa ou sucos em garrafa. É importante lembrar que se você não consegue tomar suco sem açúcar, adicione pouca quantidade de açúcar ou de adoçante, lembrando sempre que o uso de adoçante não significa necessariamente uma alimentação saudável.

Vamos dar mais um exemplo de como podemos reduzir a quantidade de açúcar: Quantas colheres de açúcar costuma colocar no cafezinho que você toma? O café em si não é calórico, mas o açúcar que colocamos no cafezinho é que é o vilão da história. Se você costuma colocar três colheres de açúcar no seu café, experimente a partir de agora adoçar a bebida com apenas duas. Nos primeiros dias, certamente estranhará o gosto. Mas, aos poucos, perceberá o real sabor do café. Se continuar assim, conseguirá eliminar ou reduzir bastante o açúcar da bebida. Quando você diminui o consumo, logo perde o desejo excessivo pelo doce, porque a sua sensibilidade ao doce aumenta. Já pararam pra imaginar quantas calorias por dia ingerem em decorrência do açúcar do cafezinho? Se você toma café 5 vezes ao dia, aproximadamente 100ml, e que cada vez que bebe café coloque 3 colheres de chá rasa. Vamos ver quantas kcal você estará consumindo?

[Ler os valores de kcal dos 4 cafés e afirmar que o café sem açúcar fornecerá praticamente 0 kcal]

Vocês conseguem ver quanta diferença faz a mudança desse hábito? Como vocês viram existem várias maneiras simples de reduzir a quantidade de açúcar, mas existe outra forma, muito eficaz, para reduzir tanto a quantidade de açúcar quanto de gordura dos alimentos. Alguém imagina qual é? É pela

modificação na forma de preparo dos alimentos. Vamos comparar açúcares e gorduras de alimentos bem familiares com diferentes formas de preparo. O primeiro exemplo:

- Aqui temos três macarrões

[dizer os três tipos e a quantidade de kcal]

A quantidade de kcal reflete em grande parte o percentual de açúcar e gordura. Portanto, o macarrão com maior valor calórico terá maior percentual de açúcar e gordura. Vamos conferir? O Macarrão Alho e Óleo tem 35% de açúcar e quase 10% de gordura, enquanto o Macarrão à Bolonhesa tem menos de 25% de açúcar e menos de 5% de gordura. Há então uma diferença de 10% na quantidade de açúcar e 5% na quantidade de gordura. E essa diferença é muito grande.

- Temos aqui três bolos

[dizer a quantidade de kcal em cada um]

Mais uma vez, a quantidade de kcal reflete o percentual de gorduras e açúcar. Vamos conferir? Um bolo branco com cobertura e recheio de chocolate tem quase 35% de açúcar e mais que 10% de gordura enquanto o bolo branco tem 5% de açúcar e menos que 5% de gordura. Quanta diferença né!?

Podemos modificar a maneira como ingerimos outros alimentos. Por exemplo:

- Salada de legumes

[dizer a quantidade de kcal]

A quantidade de kcal vai refletir o percentual de açúcar e gorduras, por isso devemos optar pela salada de legumes sozinha ou pela salada temperada com azeite, mas pouca quantidade de azeite, ao invés da salada com molho de maionese.

- Os sorvetes

[falar os sorvetes e a quantidade de kcal e frisar que isso reflete a quantidade de açúcar e gorduras]

O que queremos mostrar é que mudanças simples na dieta, escolhendo preparações mais simples e menos calóricas fazem a diferença na obtenção de uma dieta mais saudável, com menos açúcar e gordura.

Agora vamos falar sobre o sal. O sal de cozinha contém sódio e o sódio é uma substância muito importante para a nossa saúde, já que ele é necessário para o equilíbrio dos líquidos corporais. O problema é que nosso paladar se adaptou tanto a ele que o consumo se tornou excessivo. Uma pesquisa recente sobre fast-food encontrou sanduíches cujas unidades oferecem quase 80% do sódio recomendado por dia. E quando consumido em excesso, o sal pode levar à pressão alta e até mesmo ao câncer.

Estudos relatam que o consumo médio de sal no Brasil é de 10 g/dia. E vocês lembram que o consumo recomendado é de 5g por dia? Mas isso equivale a que? Bom, 5 gramas equivalem a essa colher menor rasa, ou seja, 5 gramas correspondem a uma colher de chá rasa. Então a maioria da população extrapola esse limite, e por isso precisa reduzir o consumo de sal. Esse consumo em excesso se deve principalmente ao consumo de alimentos industrializados e também devido à adição de sal durante o cozimento ou à mesa. Estima-se que 75% do sal que consumimos seja proveniente de alimentos industrializados.

Podemos tomar algumas medidas para diminuir o consumo de sal, como ficar atentos aos rótulos dos alimentos, para evitar aqueles com altos teores de sódio, e isso vamos ver no próximo encontro. Para diminuir o consumo de sal podemos também utilizar mais temperos naturais, como alho, cebola, salsinha, e tantos outros e evitar temperos prontos, porque eles possuem muito sal. E todos nós sabemos que fica muito mais gostoso uma comida temperada com alho e cebola. Podemos ainda aumentar o uso de ervas e especiarias, para reduzir a utilização de sal na preparação dos alimentos e deixar de lado o hábito de colocar o saleiro na mesa. Só pra exemplificar a questão dos temperos prontos, existem tabletes que contem até 50% da quantidade de sal que precisamos em um dia inteiro.

Pra terminar quero fazer uma perguntinha pra vocês: Pessoas com pressão alta precisam deixar de comer sal? A resposta é não. Os hipertensos, que é outra denominação para pessoas com pressão alta, precisam reduzir o consumo para 2 g por dia, já que essa redução já controla a pressão (relembrar que a média do consumo é de 10 g e que pessoas saudáveis devem consumir no máximo 5g). O sal não precisa ser totalmente retirado da dieta dessas pessoas, pois, como falamos, ele tem funções importantes no nosso organismo.

Então, pelo que a gente viu nessa aula expositiva dialogada sobre açúcares, gorduras e sal, a gente tem que lembrar que devemos reduzir o máximo possível o consumo de alimentos com altas concentrações de gorduras, açúcar e sal, assim teremos uma alimentação mais saudável, vamos melhorar nossa qualidade de vida, evitar doenças e vamos ficar assim.

Agora depois que vimos que devemos diminuir o consumo de alimentos ricos em gorduras, açúcar e sal, vamos ver alguns alimentos especiais que são muito gostosos e que precisamos aumentar o consumo.

C. Fruta do dia

[Nesse dia os participantes levarão as frutas. Levar o mamão para os que esquecerem]

Mamão

O mamão é uma fruta pouco energética (40 calorias 100g) devido ao seu elevado teor de água (90%). Consumido maduro in natura é sobremesa muito apreciada. O mamão papaia, por exemplo, tomou conta

do mercado rapidamente em virtude de seu sabor, sempre doce, e pelo seu tamanho, ideal para o consumo individual.

É rico em vitamina C, ácido fólico, potássio e fibras, principalmente pectina. Apresenta, ainda, papaína, enzima natural que ajuda na digestão das proteínas. Devido a essa constituição, o mamão tem propriedades laxativas, calmantes, além de ser purificador do sangue. Uma boa fatia consumida diariamente afasta a possibilidade de prisão de ventre. Suas sementes têm ação contra vermes e seu grande conteúdo de beta-caroteno o torna um poderoso antioxidante.

Quando verde, o mamão deve ser guardado em lugar fresco, embrulhado em um jornal. Nunca devemos riscá-lo com faca ou outro objeto, porque o líquido extraído contém substâncias nutritivas que durante o amadurecimento atuam no aperfeiçoamento de seu sabor.

O mamão é um excelente alimento para ser consumido ao natural, preparo de polpas que se conservam congeladas e usadas para sucos. Pode-se ainda utilizar o mamão verde como legume, cortado em sopas e ensopados de carne.

D. Cores e Sabores

Introdução à Dinâmica

Acabamos de falar das gorduras, açúcares e sal que são itens que devem ser reduzidos na nossa alimentação. Agora nós vamos falar de itens que devem ter o consumo aumentado para que tenhamos uma alimentação mais saudável. Vocês sabem que alimentos são esses? Sim, as frutas, legumes e verduras. Legumes e verduras também podem ser chamados de hortaliças.

A dinâmica será da seguinte forma: vocês receberão dois papéis da mesma cor e escreverão o nome de 2 frutas ou hortaliças da mesma cor que o papel. Colocarão os papéis no envelope da cor correspondente que está aqui em cima da mesa. Serão retirados aleatoriamente os papéis dos envelopes e será perguntado o porquê tal alimento foi citado, após isso se iniciará a discussão sobre as vantagens do consumo desses alimentos.

Vale lembrar que quem receber o papel de cor amarela não poderá escrever nas opções batata, inhame, mandioca e cará, pois esses alimentos não são considerados hortaliças (frutas e verduras), e sim cereais.

Vermelhas:

Bom para o coração e para a memória, previnem o câncer e fortalecem olhos e pele, por serem fontes de carotenóides, que são os responsáveis pela formação da vitamina A. Ajudam na prevenção de alguns

cânceres, principalmente o de próstata, devido ao licopeno, substância encontrada em alguns alimentos deste grupo. Os carotenóides, como o licopeno, são importantes antioxidantes.

Alimentos: Acerola, Cereja, Goiaba Vermelha, Maçã, Melancia, Morango, Pimenta, Pimentão Vermelho, Rabanete, Romã, Tomate e Uva Vermelha.

Amarelas:

Os alimentos de cor amarela atuam na proteção das células e auxiliam na produção de energia, no funcionamento do sistema nervoso e inibem o aparecimento de coágulos na circulação, isso porque neles se encontram as vitaminas do complexo B e os carotenóides.

Alimentos: Abacaxi, Banana, Manga, Maracujá, Melão, Milho, Pimentão Amarelo e Pêra.

Verdes:

Promovem o crescimento e ajudam na coagulação do sangue, evitam a fadiga mental, auxiliam na produção de glóbulos vermelhos do sangue, além de fortalecer ossos e dentes, pois são ricos em cálcio, fósforo e ferro. Vale ressaltar a importância dos vegetais folhosos verdes escuros, pois são importantes fontes de ácido fólico e vitamina A. O ácido fólico é um tipo de vitamina do complexo B e participa na formação de hemácias, ajuda desde a prevenção até o tratamento de diversos cânceres, evita má formação congênita da parte neurológica em bebês daí a explicação de grávidas precisarem aumentar seu consumo.

Alimentos: Abacate, Abobrinha Verde, Acelga, Alface, Azeitona Verde, Cebolinha, Coentro, Chuchu, Ervilha, Jiló, Kiwi, Limão, Maxixe, Pepino, Pimentão Verde, Quiabo, Repolho, Salsa, Uva Verde e Vagem.

Não se esqueçam de comer folhosos verde escuros mais frequentemente (se não diariamente), como: Agrião, Almeirão, Brócolis, Couve, Couve Chinesa, Couve de Bruxelas, Mostarda, Rúcula.

Roxas:

Mantém a saúde da pele, nervos, rins e aparelho digestivo, retardam o envelhecimento e previnem doenças cardíacas. Isso devido à presença de potássio, niacina (vitamina do Complexo B), vitamina C, flavonóides e outros compostos antioxidantes.

Alimentos: Alcachofra, Alface Roxa, Ameixa Preta, Amora, Azeitona Preta, Berinjela, Beterraba, Cebola Roxa, Framboesa, Jabuticaba, Repolho Roxo e Uva Roxa.

Alaranjadas:

Ajudam a manter a saúde do coração, da visão e do sistema imunológico, pois assim como os vermelhos, alimentos da cor laranja são fontes de carotenóides. Ajudam na proteção das células por serem ricos também em vitamina C, que é um antioxidante fundamental para a proteção das células.

Alimentos: Abóbora, Ameixa Amarela, Caju, Carambola, Caqui, Cenoura, Damasco, Laranja, Mamão, Mexerica, Moranga, Nectarina, Pêssego e Tangerina.

Vale lembrar que essas propriedades que acabamos de citar para cada cor não são necessariamente exclusiva. Como vimos os carotenóides determinam cor de amarelo a vermelha. E vegetais verdes são determinados pela clorofila. Porém as clorofilas mascaram visivelmente a presença de carotenóides, mas as propriedades deste pigmento permanecem nas frutas e hortaliças.

A ênfase em frutas e hortaliças é devido à importância da variedade alimentar e também porque esses grupos de alimentos devem ser parte importante das refeições e não somente lanches ocasionais. As regiões brasileiras têm riqueza e variedade incalculáveis desses alimentos.

As frutas e hortaliças são ricas em substâncias antioxidantes que atuam na proteção das células do organismo, evitando que estas se degradem e reparando as degradações existentes. Estudos científicos mostram que esses alimentos protegem contra doenças como asma e bronquite. Substâncias antioxidantes também ajudam na prevenção de câncer em vários órgãos.

O consumo desses alimentos ajuda na prevenção de excesso de gordura e colesterol na corrente sanguínea e também na prevenção de doenças cardíacas, devido ao seu poder antioxidante, como também, ao seu alto teor de fibras. As fibras são divididas em solúveis e insolúveis. Nós não absorvemos as fibras e é por isso que elas não nos fornecem calorias. As fibras insolúveis são importantes principalmente para o bom funcionamento intestinal, já as solúveis atuam na redução da absorção de gorduras e também tornam esta absorção mais lenta. Além disso, o consumo de frutas e hortaliças favorece a manutenção do peso adequado pelo baixo teor de calorias, principalmente das hortaliças, auxiliando na prevenção e no controle da obesidade. Também protege contra a pressão alta e Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) pela presença de potássio, e aumenta a resistência contra infecções por serem fonte da maior parte de vitaminas e minerais necessários ao organismo. Desse modo, portanto, há diminuição do risco de se desenvolver Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como diabetes, obesidade, hipertensão, câncer. As DCNT são doenças relacionadas diretamente com a alimentação e estão cada vez mais presentes na população em todas as faixas etárias.

Devemos consumir frutas e hortaliças sempre, lembrando da importância de se variar esses alimentos durante o dia e durante a semana para aproveitar todos os nutrientes oferecidos por eles. Por isso, o ideal é que as hortaliças estejam presentes em todas as refeições e as frutas nas sobremesas e lanches. É bom lembrar que geléias de frutas, bebidas industrializadas com sabor de frutas têm alto teor de açúcar; e vegetais em conserva têm alto teor de sal, por isso o consumo desses alimentos não é incentivado.

As frutas e hortaliças são muito importantes, mas não mais nem menos que os outros grupos alimentares. Uma alimentação saudável não é baseada apenas em frutas e hortaliças, ou seja, é importante a presença de todos os grupos alimentares para que se previna das deficiências de vitaminas, minerais, energia e proteínas e para promoção da saúde.

E. Tarefa para casa: Consumo de hortaliças maior ou igual a 2 porções/dia.

Vamos para a tarefa de casa desta semana. Outro ponto que julgamos essencial para ter uma alimentação saudável, nossa quarta tarefa, é o aumento do consumo de hortaliças (verduras e legumes). Além de aumentar o fracionamento das refeições e aumentar o consumo de frutas para pelo menos 3 porções diárias (que vocês já vêm fazendo), a partir desta semana vocês deverão aumentar o consumo de verduras e legumes para pelo menos duas porções por dia – aproximadamente 2 pires por dia. Hoje vimos a importância deste grupo de alimentos para nossa saúde e vamos então aumentar o consumo dele, sempre tentando consumir a maior variedade possível. Busquem experimentar aquelas que ainda não conhecem, misturem as que não gostam com a carne, com o feijão. No final de semana, experimentem levar rúcula para aquele churrasco, ela torna a carne assada muito mais saborosa, também fica ótima na pizza.

Então, qual é a tarefa para a próxima semana?

5º encontro: Rotulagem

A. Retomar tarefa de casa: Consumo de hortaliças maior ou igual a 2 porções/dia

Boa tarde... E então, todos cumpriram o dever de casa para esta semana? ... Deixar que falem... Enaltecer todas as tentativas em aumentar o consumo de verduras e legumes.

B. Dinâmica da rotulagem

1ª Parte

Como já foi dito, a escolha de alimentos saudáveis reduz o risco de doenças crônicas. Mas para fazermos escolhas saudáveis é preciso conhecer os alimentos e é através do rótulo que conhecemos os alimentos industrializados.

No rótulo temos informações do nome do produto, do prazo de validade, quantidade, lista de ingredientes que compõem o produto, modo de conservação e também informações nutricionais. Vocês sabem o que é informação nutricional? Informação nutricional é aquela tabela que o produtor disponibiliza em que constam a quantidade de carboidrato, proteína, gorduras, fibras, e a caloria que estão presentes numa determinada porção (estará em medida caseira). É bom lembrar que a porção não é aquilo que você normalmente come, mas que é recomendado.

Caloria é a energia que o nosso corpo utiliza que vem dos alimentos. As calorias são calculadas a partir da quantidade de gorduras, proteínas e carboidratos presentes nos alimentos.

Carboidratos: São componentes do alimento que fornecem parte da energia necessária para o crescimento, desenvolvimento e manutenção da nossa saúde. Estão presentes nas massas, arroz, açúcar de mesa, mel, pães, frutas, farinhas, tubérculos e doces em geral.

Proteínas: São componentes do alimento necessários para construção dos nossos órgãos, tecidos, células etc. Podemos encontrá-las nas carnes, ovos, leites e derivados e feijões. Elas também podem fornecer energia.

Gorduras: A informação nutricional no rótulo destaca a quantidade de Gorduras Totais, Gordura Saturada e Colesterol. Como foi visto as gorduras podem ser de origem vegetal ou animal. As gorduras estão presentes nos óleos vegetais, manteiga, queijo, carnes, leite, ovos e pães entre outros alimentos.

O rótulo foi modificado e agora toda porção deve estar em medida caseira e deve apresentar a quantidade de gordura trans e sódio, o que antes não era obrigatório. Além disso, a dieta de referência é de 2000 Kcal (antes era de 2500 Kcal). A dieta de referência é a quantidade de energia em média que o brasileiro deve consumir. Na verdade uma pessoa deve consumir em média 30kcal por quilo corporal. Essas alterações (gordura trans, sódio, e redução da dieta de referência) foram uma resposta ao aumento da incidência de doenças crônicas.

Todo alimento tem que ter rótulo? Na verdade não. Frutas, verduras, produtos à granel não precisam de rótulo. Existem ainda aqueles produtos que têm rótulo, mas não têm as informações nutricionais, que

são as bebidas alcoólicas, água mineral, sal, vinagre, café; alimentos preparados e embalados em restaurantes e estabelecimentos comerciais prontos para o consumo (ex: sobremesas e sanduíches); aqueles alimentos fracionados nos pontos de venda a varejo (ex: queijo, presunto, salame); e ainda aqueles alimentos cuja superfície visível para rotulagem seja menor que 100cm².

Quando vocês vão às compras, vocês olham o rótulo? E o prazo de validade? É importante olharmos o rótulo para sabermos o que estamos consumindo, pois o rótulo é a forma de comunicação entre o produto e o consumidor e através dele podemos comparar os alimentos e assim fazermos escolhas mais saudáveis

2ª Parte

Vamos continuar falando sobre os aspectos importantes da rotulagem, mas agora vamos analisar esse rótulo aqui [**modelo**], que é o rótulo de [**alimento**].

Há algumas informações que sempre devem estar presentes nos rótulos e são importantes que vocês as identifiquem. Primeiramente, podemos encontrar nos rótulos uma lista dos ingredientes que compõem o produto. Vocês sabiam que essa lista de ingredientes sempre está em ordem decrescente, isto é, o primeiro ingrediente é aquele que está em maior quantidade nos alimentos e o último, em menor quantidade.

[mostrar modelo e identificar o ingrediente de menor quantidade e o de maior quantidade; o primeiro ingrediente está em maior quantidade que o segundo; o segundo está em maior quantidade que o terceiro e assim sucessivamente]

Entretanto, alimentos de ingredientes únicos, como açúcar, farinha de mandioca, café, vinagre, leite, dentre outros, não precisam apresentar lista de ingredientes desde que não possuam nenhum ingrediente adicionado.

No rótulo dos alimentos, encontramos também a origem e o lote do produto. Essas informações permitem que saibamos quem é o fabricante do produto e onde ele foi fabricado. A origem e o lote dos produtos ainda são importantes para se identificar o produto frente ao fabricante e para entrar em contato com a empresa fabricante se for necessário.

Os produtos devem também apresentar prazo de validade. Aqui está o prazo de validade da nossa lasanha. E vocês sabem se temos ou não que descartar um alimento com prazo de validade vencido? A indústria que o fabricou só garante e se responsabiliza pela qualidade daquele alimento até a data registrada no rótulo. Dessa forma, devemos sim evitar que o alimento passe do prazo sem ser consumido; se vencer jogue fora.

No rótulo encontramos também o conteúdo líquido, que indica a quantidade total de produto contido na embalagem, que deve ser expresso em quilo ou em litro, ou em derivados dessas medidas, como gramas ou ml. Nesse rótulo o conteúdo líquido é de **[ver modelo]**.

Por fim, encontramos também nos rótulos a tabela nutricional obrigatória. Sua leitura é importante porque a partir das informações nutricionais podemos fazer escolhas mais saudáveis. Na tabela nutricional obrigatória devem constar a quantidade de **[mostrar no modelo]** energia, carboidratos, proteínas, gorduras totais, gorduras saturadas, gorduras trans, sódio e fibras.

Para avaliarmos a informação nutricional, temos que nos atentar primeiramente para a porção que está sendo analisada. A porção é a quantidade média do alimento que uma pessoa sadia consome a cada vez que o alimento é consumido. Portanto, a porção dos alimentos não depende de quanto você come daquele alimento e sim de uma quantidade padronizada. E em geral, a porção analisada na informação nutricional não corresponde a quantidade de alimento presente na embalagem, ou seja, o conteúdo líquido, daí a necessidade de ficarmos atentos à porção que está sendo avaliada. Aqui nesse rótulo a porção é de **[ver modelo]** enquanto o conteúdo líquido é de **[ver modelo]**.

Podemos perceber que a porção é dada em gramas ou ml, mas também em medida caseira, que é a medida normalmente utilizada pelo consumidor para medir alimentos **[mostrar no modelo]**. Entretanto, alimentos semelhantes com marcas diferentes podem ter diferentes porções na tabela nutricional. É o caso dos biscoitos, cuja porção varia entre 2 e 5 unidades.

Percebemos aqui na frente da quantidade em gramas de cada nutriente **[mostrar no modelo]** um valor percentual denominado percentual VD. O % VD significa percentual de valores diários e é um número percentual que indica o quanto o produto em questão apresenta de energia e nutrientes em relação a uma dieta de 2000 kcal. Isto é, quanto em percentual a porção do alimento contribui para atingir todos os valores diários. Como temos necessidade diferente para cada nutriente, cada nutriente apresenta um valor diferente para se calcular o VD.

Os rótulos devem apresentar a quantidade dos nutrientes contida em uma porção do produto e também quanto por cento que aquela porção equivale ao que deve ser ingerido no dia todo. Para isso, é tomada como base uma dieta com 2000 kcal. O VD, que está aqui na frente da quantidade de gramas, significa Valor Diário e é a quantidade dos nutrientes que se deve consumir para ter uma alimentação saudável. Cada nutriente tem um VD diferente. O %VD é o quanto a porção do alimento contribui para atingir todos os valores diários.

[mostrar no modelo]

Daqui a pouco vou dar exemplos que vão auxiliar vocês no entendimento das informações referentes ao VD. Sempre que for falar do VD, e me referir a ele, devo usar “se eu preciso de uma dieta de 2000 kcal, quando consumo uma porção de (nutriente) desse alimento.”

Bom, o valor energético é a energia fornecida por essa porção do alimento proveniente dos carboidratos, proteínas e gorduras totais. Aqui no nosso rótulo o valor energético é [**ver modelo**], cujo VD é [**ver modelo**], ou seja, essa porção aqui tem [**ver modelo**]% do total de energia que precisamos em todo um dia [**mostrar no modelo**].

Aqui temos os carboidratos. O que sabemos sobre eles? Os carboidratos são os açúcares em geral, são os componentes dos alimentos cuja principal função é fornecer energia, especialmente para as células que utilizam apenas carboidratos - açúcares. E quais são as fontes? As principais fontes são o arroz, os pães, que contém trigo, todos os tipos de massa, o milho, tubérculos como batata, mandioca, batata doce.

E as proteínas? Qual a função delas? São necessárias para a construção e manutenção do nosso corpo. E as fontes? Encontramos as proteínas nos alimentos de origem animal, como carnes, leites, ovos, e nas leguminosas, como os feijões, a ervilha e a lentilha e nos grãos.

Aqui no rótulo temos os valores de gorduras totais, gorduras trans e gorduras saturadas. As gorduras totais correspondem ao valor de todas as gorduras presentes nos alimentos. Vamos ver se guardaram o que foi dito no encontro passado sobre as gorduras.

Onde encontramos as gorduras saturadas? Isso mesmo, nos alimentos de origem animal e no óleo de dendê e de coco. E esse tipo de gordura tem que ser evitado, porque pode aumentar o risco de desenvolvimento de doenças crônicas. Dessa forma, devemos escolher alimentos com baixo ou alto VD? Lembrando da explicação de VD, podemos dizer que quanto maior o VD, mais o alimento apresenta aquele nutriente. Então devemos escolher alimentos com baixo VD para gorduras.

Na tabela nutricional vemos também as gorduras trans. Vocês se lembram quais outros nomes recebe a gordura trans? Isso mesmo. A gordura trans também é chamada gordura vegetal ou gordura vegetal hidrogenada. Onde é que encontramos esse tipo de gordura? Isso mesmo. Encontramos em alimentos industrializados em geral, como sorvetes, chocolates, nos salgadinhos de pacote, na batatinha frita dos fast-food, na maioria das margarinas, na pipoca de microondas, nos bolos e tortas industrializados, nos empanados, nos pratos congelados, dentre outros. Assim como as gorduras saturadas, devemos reduzir o consumo das gorduras trans ao mínimo possível para evitar doenças crônicas. Se possível, devemos excluir as gorduras trans da nossa alimentação. Vocês perceberam que pra gordura trans não temos o VD? Não existe VD para gordura trans porque o consumo dessa gordura deve ser o mínimo possível, o mais próximo

de zero. O consumo de gorduras trans não pode exceder em nenhuma hipótese 2 gramas por dia. Dessa forma, devemos optar sempre por alimentos com menor quantidade em gramas de gordura trans.

A tabela nutricional ainda informa a quantidade de fibras. As fibras estão presentes em diversos tipos de alimentos de origem vegetal, como feijões e alimentos integrais. A sua ingestão auxilia no funcionamento do intestino, diminui a absorção de gorduras, aumenta a sensação de saciedade e por isso devemos escolher alimentos com alto teor de fibras, e, portanto, com VD mais alto para fibras.

Encontramos também o valor de sódio nas tabelas de informação nutricional dos rótulos. Já vimos na aula expositiva dialogada de Açúcares, gordura e sal, que devemos diminuir o consumo de sal. Dessa forma devemos escolher alimentos com menor VD para sódio.

Resumindo as informações contidas na tabela nutricional, para ter uma alimentação mais saudável, devemos dar preferência a produtos com baixo %VD pra gorduras totais, gorduras saturadas e sódio, baixa quantidade de gordura trans e a produtos com alto %VD pra fibras alimentares.

Quero relembrar vocês de que o VD se refere à uma dieta de 2000 kcal, mas que a necessidade energética, e, portanto, de proteínas, carboidratos e gordura, varia de pessoa pra pessoa.

Pode acontecer de estarmos lendo as informações nutricionais com tabelas incompletas. Nesse caso esta sendo utilizada a Declaração Simplificada de nutrientes, que pode ser utilizada quando o alimento apresentar quantidades não significativas de algum nutriente. Nesse caso, a declaração de valor energético e/ou conteúdo de nutrientes de quantidade não significativa será substituída pela frase “Não contém quantidade significativa de [nutriente]” Por exemplo: Não contém quantidade significativa de sódio.

Uma pergunta interessante: pessoas com pressão alta, também chamada hipertensos, podem comer alimentos doces sem preocupação? Por quê? Não, pois em alguns produtos doces encontramos grandes quantidades de sódio, por exemplo, cereais matinais, e existem produtos adoçados com adoçantes artificiais que contém sódio (como sacarina e ciclamato de sódio). Assim como o sal, esses adoçantes têm sódio, que aumenta a pressão.

Agora gente, vamos ver se aprenderam o que explicamos sobre a rotulagem de alimentos na prática. Temos aqui alguns rótulos. Cada um pode pegar um rotulo pra analisar todas as informações importantes, especialmente a tabela nutricional.

Fazer as seguintes perguntas para que os participantes observem as respostas com os rótulos em mãos.

- Bolacha cream cracker tem açúcar?

[observar a embalagem dessa bolacha]

- Qual a quantidade de sódio na lasanha?
- E nos tabletes de tempero?
- Há sódio na composição de alimentos de sabor doce?

[observar a embalagem de refrigerantes]

- Lembram da diferença entre leite integral e desnatado?

[observar a % de gordura que cada um apresenta]

- *Comparar os ingredientes de suco MAIS de maçã e laranja.*
- Há muito açúcar nas barrinhas de cereal? São fontes de fibras?

C. Diet e light

Já que estamos falando de rótulos, eu gostaria de saber se vocês já viram escrito no rótulo de alguns produtos “diet” ou “light”? Quem pode definir para mim o que significa um alimento ser diet?

[aguardar resposta]

E o que significa um alimento light?

[aguardar resposta]

É uma confusão, não é mesmo? Mas hoje vocês vão entender a diferença! Primeiro eu preciso que vocês entendam o que é DIETA: é o conjunto de alimentos que fazem parte da alimentação de uma pessoa e não necessariamente um plano alimentar para emagrecer, como é normalmente se fala.

Alimentos diet são especialmente formulados, ou seja, apresentam alguma modificação em seu conteúdo para que atendam às necessidades de pessoas em condições específicas de saúde e necessitam de dietas diferenciadas (diet = dieta). Então vejam, alimento diet está relacionado a um nutriente específico e não diretamente com as calorias. Alimentos diet são aqueles isentos de um nutriente específico, como açúcar, sal e gorduras. Por exemplo, o refrigerante diet é isento de açúcar. O iogurte 0% de gordura é isento em gordura, por isso diet.

Na verdade esses alimentos não são totalmente isentos no nutriente. Os alimentos isentos em açúcares e gorduras podem conter no máximo 0,5g do nutriente em 100g ou 100ml do produto, ou seja, 0,5%. Também são considerados alimentos diet aqueles que não foram adicionados de um nutriente específico, mas que podem contê-lo naturalmente em sua composição. Um exemplo muito bom é a geléia de frutas diet, que não pode ser adicionada de açúcar, mas contém os açúcares naturalmente presentes nas frutas.

Os alimentos diet em açúcares são indicados para os diabéticos. Os alimentos diet em gorduras são indicados para pessoas que apresentam problema de colesterol ou triglicérides elevados ou precisam controlar o consumo de gordura. Os alimentos diet em sódio (sal) são indicados para pessoas que têm pressão alta.

É importante que vocês se lembrem sempre de que o alimento diet não possui necessariamente diminuição na quantidade de calorias. Por isso, nem sempre eles são a melhor opção para quem deseja reduzir o peso. Um exemplo clássico é o chocolate diet, que, apesar de não conter açúcar, apresenta uma quantidade um pouco maior de calorias, pois contém mais gordura em sua composição.

Já os alimentos light têm outra definição. Primeiro eu gostaria de lembrar que Light = Leve em inglês. Alimentos light recebem essa nomenclatura quando apresentam uma redução de no mínimo 25% do nutriente e/ou das calorias quando comparados a alimentos similares. Por exemplo, para eu dizer que um requeijão é light eu tenho que compará-lo ao requeijão tradicional da mesma marca ou então com a média de três requeijões de marcas diferentes. Além disso, a quantidade comparada deve ser a mesma: 30g de requeijão light deve ser comparado com 30g de requeijão tradicional. Todo alimento light deve apresentar a tabela comparativa.

Da mesma maneira que os alimentos diet, os alimentos light podem ser em relação a açúcares, a gorduras, a sódio e outros. Por exemplo: um sorvete light apresenta 60% de redução nas calorias e ao mesmo tempo apresenta 50% de redução de gorduras. Na tabela comparativa, é comparada 100g de sorvete light com 100g de sorvete tradicional.

Os produtos light são indicados para aquelas pessoas que desejam controlar o peso. Entretanto quem opta por consumir um alimento light deve ter especial atenção à quantidade, pois a redução no valor calórico não significa que você possa consumir mais do que o habitual.

É fundamental atentar-se para qual nutriente o termo diet ou light é aplicável. Por isso é sempre importante ler a tabela nutricional presente no rótulo do alimento.

[Distribuir rótulos de produtos diet e light e fazer as perguntas]

- As quantidades, em gramas, comparadas entre o Nescau light e o tradicional são as mesmas?
- Os alimentos diet são sempre menos calóricos?
- Leite light e leite desnatado são produtos diferentes?
- As barrinhas de cereal light são realmente menos calóricas que as tradicionais?

D. Lanche industrializado

Diferentemente dos nossos lanches anteriores, o lanche de hoje não será fruta. Trouxemos alguns produtos industrializados, mas agora, nós sabemos avaliar os rótulos e podemos verificar a presença de fibras e %VD, assim como pras gorduras, pro sódio. Identificando, assim, os alimentos industrializados que podem ser incluídos numa alimentação saudável. Vale lembrar que não estamos fazendo propaganda desses produtos que trouxemos. E sim, queremos que vocês saibam interpretar de forma correta os rótulos, sabendo classificar se um produto é saudável ou não.

E. Tarefa de casa: Avaliar rótulos dos alimentos disponíveis em casa e identificar 3 exemplos saudáveis. Reduzir consumo de alimentos gordurosos e excesso de açúcar para < ou = 1 porção/dia.

Bem, hoje vocês aprenderam a entender e avaliar os rótulos dos alimentos. A tarefa de casa de hoje será estudar os rótulos dos alimentos que vocês têm em casa e identificar 3 exemplos de alimentos industrializados saudáveis, ou seja, que não sejam muito ricos em gorduras, especialmente em saturadas ou trans, que não tenham excesso de sódio ou de açúcar. Vocês deverão trazer estes rótulos para que possamos verificar quais foram os alimentos saudáveis que vocês encontraram em casa.

Aproveitando que vocês estarão identificando estes alimentos, vocês deverão também reduzir o consumo de alimentos gordurosos ou com excesso de açúcar para no máximo uma porção por dia. O ideal é não ingerir nada, mas se forem comer algo inadequado, deverão consumir menos de uma porção/dia (exemplos: doces, refrigerante, feijoada, frituras).

6º encontro: Fim

A. Retomar tarefa de casa: Identificar rótulos saudáveis e reduzir consumo de alimentos gordurosos e excesso de açúcar.

E então, conseguiram fazer o dever de casa?

[Verificar os rótulos que os participantes trouxeram. Enaltecer tudo... Questionar sobre a outra tarefa. Deixar que falem. Só lembrar qual era a outra tarefa se eles não citarem. Enaltecer tentativas em reduzir o consumo de alimentos gordurosos e doces]

B. Relatos de Experiências

Infelizmente, estamos chegando ao fim do nosso curso e hoje teremos a nossa última dinâmica, onde ouviremos “relatos de experiências”. O objetivo dessa dinâmica é possibilitar uma auto-avaliação quanto ao aprendizado e às mudanças que vocês conseguiram incorporar ao comportamento alimentar durante o

período do curso. Essa dinâmica é importante também por que vai permitir uma auto-avaliação em relação às dificuldades e estratégias utilizadas na busca por uma alimentação mais saudável. Nós vamos conhecer quais foram as estratégias que cada um usou pra conseguir driblar as dificuldades encontradas e assim vamos compartilhar “dicas” uns com os outros.

Primeiramente vocês vão se dividir em quatro grupos.

[aguardar]

Agora que já estão divididos, vou explicar a dinâmica. Primeiro vocês vão discutir as experiências e as dificuldades (de cada um) encontradas para conseguir as mudanças de comportamento alimentar durante o período do curso. Em seguida vão escolher o caso que julgar mais interessante e discuti-lo de acordo com essa ficha de orientação, propondo estratégias para as dificuldades encontradas. Depois disso, nós vamos nos juntar novamente e cada grupo irá relatar para o restante da turma o caso que selecionou, enfatizando as dificuldades e as estratégias propostas pelo grupo para superá-las. Podem começar!

FICHA DE ORIENTAÇÃO PARA DISCUSSÃO

Entrevista com o participante escolhido:

1. Quais foram as mudanças positivas que você conseguiu incorporar às práticas alimentares?
2. Aumentou o consumo de frutas? Quanto?
3. Aumentou o consumo de hortaliças? Quanto?
4. Quais alimentos tiveram consumo reduzido?
5. Quais alimentos tiveram consumo aumentado?
6. Que mudanças você gostaria de ter incorporado na sua alimentação, mas não conseguiu?
7. Quais foram as dificuldades encontradas?
8. Quais foram as estratégias utilizadas para superar as dificuldades?

Para o grupo responder: Quais são as estratégias propostas pelo grupo para cada dificuldade apresentada pelo participante escolhido?

C. Lanche Saudável

O lanche de hoje servirá pra nos mostrar que podemos produzir nossos próprios lanches saudáveis. Trouxemos algumas preparações que possuem receitas saudáveis e que podem ser facilmente reproduzidas nas casas de vocês. Vamos entregar um folder com as receitas, ok?

D. Tarefa de casa: atingir e manter uma alimentação saudável.

A cada dia melhorar sua alimentação sempre buscando realizar as tarefas que foram passadas (recordar as tarefas).