



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO

EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL COM MULHERES
FREQUENTADORAS DE UMA INSTITUIÇÃO RELIGIOSA DO DF.

Tatiane Silva De Araújo

Maína Ribeiro Pereira Castro

Brasília, 2017

RESUMO

Introdução: A transição nutricional está relacionada ao consumo alimentar, onde a renda exerce importante papel nos gastos com alimentação. A alimentação adequada e saudável é um direito de todos e uma estratégia para garantir esse direito é a educação alimentar e nutricional. **Objetivo:** Realizar uma atividade de educação alimentar e nutricional com mulheres frequentadoras de uma instituição religiosa. **Metodologia:** Foi realizado um estudo de intervenção do tipo antes e depois, com mulheres com idade igual ou superior a 20 anos, em uma instituição religiosa, Paranoá- DF. A coleta de dados foi realizada mediante questionário de consumo alimentar e a atividade foi baseada na metodologia do Arco de Charles Marguerez. A avaliação dos participantes foi realizada sete dias após a atividade por meio de roda de conversa em grupo. **Resultados:** A principal dificuldade encontrada para se ter uma alimentação saudável foi a baixa renda. A atividade de educação alimentar e nutricional foi uma ferramenta utilizada para contribuir com a melhora desses hábitos alimentares saudáveis. **Conclusão:** A ação da educação alimentar e nutricional é um instrumento importante para o processo de mudança se essa for pautada na realidade em que os indivíduos estão inseridos.

Palavras-chave: Educação Alimentar e Nutricional. Renda. Mulheres. Hábitos Alimentares.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil a queda nos índices de desnutrição e aumento da obesidade tem sido comprovados. As regiões brasileiras como Norte e Nordeste, sofriam carências calóricas protéicas e de nutrientes como vitaminas e minerais. Com base na releitura da obra Geografia da fome de Josué de Castro, Vasconcelos (2008) prediz que nos dias atuais, o perfil nutricional, caracterizado pelas carências nutricionais (desnutrição, hipovitaminoses, bócio endêmico, anemia ferropriva etc.), deu lugar às doenças crônicas não transmissíveis (obesidade, diabetes, dislipidemias, etc).

Em mulheres, o estado nutricional modificou-se no período de uma década. A eutrofia diminuiu e o excesso de peso e obesidade aumentaram. Essas modificações afetam a qualidade nutricional da alimentação e contribuem para o desenvolvimento de distúrbios metabólicos e/ou doenças crônicas não transmissíveis (PEREIRA et al., 2009)

Segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2017) o excesso de peso cresceu em dez anos. Passando de 42,6% em 2006 para 53,8% em 2016. Em mulheres com IMC ≥ 25 kg/m² o aumento foi de 38,5% (2006) para 50,5% (2016). No Distrito federal a prevalência é de 48,8% da população com sobrepeso. A obesidade também cresceu nessa mesma faixa de tempo, era de 11,8% (2006) e foi para 18,9% (2016). Em mulheres com IMC ≥ 30 kg/m² o crescimento foi de 12,1% (2006) para 19,6% (2016).

Essa transição está relacionada, entre outras causas, ao consumo alimentar. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013), no Brasil o percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade que consumiam cinco porções diárias de frutas e hortaliças foi de 37,3%. Em mulheres esse consumo em média era de 39,4% aumentando com a idade e grau de escolaridade. Nos alimentos considerados não saudáveis como carnes ou frangos com excesso de gordura o consumo foi de 37,2% e refrigerantes consumidos regularmente ao menos cinco dias por semana foi de 23,4%, representando um quarto da população. No consumo habitual de alimentos doces (bolos, tortas, chocolates, balas, biscoitos), com ingestão de cinco dias ou mais na semana, o percentual foi de 21,7%. Na ingestão de sal, tanto de comida preparada quanto de industrializada, o entrevistado que avaliou seu próprio consumo como alto ou muito alto foi de 14,2%.

Segundo Claro, Levy e Bardoni (2009) a renda exerce importante papel nos gastos com alimentação, principalmente refeições fora do domicílio, influenciando nos gastos totais com alimentação, cerca de 21%.

Mudanças que envolvem a troca do alimento *in natura* ou minimamente processado por produtos industrializados prontos para o consumo, podem levar ao desenvolvimento de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer, mais prevalentes na velhice e atualmente frequentes na infância e juventude também (BRASIL, 2014).

Contudo, a alimentação adequada e saudável é um direito de todos e deve garantir o acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais de acordo com as necessidades alimentares especiais, acessível tanto fisicamente como financeiramente, garantindo a harmonia em qualidade e quantidade, equilibrada, variada, moderada, prazerosa, baseadas em práticas produtivas adequadas e sustentáveis (BRASIL, 2014).

Uma das estratégias para garantir o direito humano à alimentação adequada é a educação alimentar e nutricional. Este é um campo de conhecimento e de prática constante e duradoura, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que pretende promover a prática independente e voluntária de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2012).

Portanto, esse estudo tem por objetivo o desenvolvimento de uma atividade de educação alimentar e nutricional com mulheres frequentadoras de uma instituição religiosa.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo primário

Realizar atividade de educação alimentar e nutricional com mulheres frequentadoras de uma instituição religiosa do Distrito Federal.

2.2 Objetivos secundários

- ✓ Observar as práticas alimentares atuais e dificuldades de manter uma alimentação adequada e saudável;
- ✓ Identificar a necessidade de ação no modo em que se alimentam;
- ✓ Elaborar atividade sobre práticas alimentares saudáveis de acordo com a realidade encontrada;
- ✓ Avaliar a eficácia da atividade.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Sujeitos da Pesquisa

A amostra foi composta por 10 mulheres com idade igual ou superior a 20 anos.

3.2 Desenho do estudo

Estudo de intervenção do tipo antes e depois.

3.3 Metodologia

Pesquisa realizada com mulheres frequentadoras de uma instituição religiosa, localizada na cidade satélite de Brasília, Paranoá – DF. O convite foi realizado logo após o ensaio do coral de mulheres da referida igreja onde as mesmas foram informadas sobre a realização de uma atividade educativa sobre alimentação saudável, com os dias marcados, o horário e tempo de duração.

A metodologia para a realização deste estudo foi baseada no Método do Arco de Charles Marguerz, no qual teve sua estrutura apontada por Bordenave e Pereira (1982). Essa estrutura compõe cinco etapas que se evoluem através da realidade ou recorte da realidade.



Figura 1- Arco de Marguerz (Bordenave e Pereira, 1982)

1. *Observação da realidade*: foram observadas quais as dificuldades e carências que essas mulheres tinham em ter uma alimentação saudável e levantou os principais temas de interesse, mediante entrevista, que ocorreu em local escolhido pela própria participante, composta por três blocos, sendo eles o de identificação, com dados da participante, o de avaliação do estado nutricional, com peso e altura referidos, onde a candidata avaliou sua própria imagem corporal pela escala de Kakeshita, (2008). Essa escala utiliza imagens de

silhuetas que se diferenciam em vários tipos, do menor ao maior. As participantes escolhem a imagem que mais lhe representa. Por último respondeu questionário sobre frequência do consumo alimentar (Apêndice A).

Com o intuito de verificar a ausência ou o grau de excesso de peso, foram perguntados às participantes presentes seu peso e altura para fazer comparação do IMC encontrado com o IMC estimado pela escala. Como essa pergunta ocorreu no dia da atividade de educação alimentar e nutricional, a amostra ficou contendo 5 participantes (55,6%), que foram as que compareceram no dia.

2. *Pontos-chave*: após a entrevista, houve uma reflexão sobre o motivo que as levavam a não ter essa alimentação saudável e os determinantes da não adesão da mesma.

3. *Teorização*: foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre os aspectos de problematização levantados na observação da realidade e nos pontos-chave.

4. *Hipóteses de solução*: com intuito de auxiliá-las no desenvolvimento de competências foi elaborada uma atividade de educação alimentar e nutricional baseada no primeiro princípio do Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas (2012), sustentabilidade social, ambiental e econômica, e das recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014).

5. *Aplicação à realidade*: a atividade teve duração aproximadamente de 1 hora. Sete dias após a realização da atividade ocorreu a avaliação da aplicação com duração de aproximadamente 45 minutos.

Para a avaliação da eficácia da atividade foi feita uma roda de conversa onde foram abordados temas como: a experiência relacionada à atividade e a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos na vida cotidiana. O estudo ocorreu entre os meses de outubro e novembro de 2017.

3.4 Análise de dados

Os dados coletados foram analisados em dois tipos. As perguntas sobre a alimentação foram analisadas por meio do programa Microsoft Excel 2010, em tabelas, com a porcentagem dos alimentos descritos no questionário de acordo com a frequência, dividido em quatro categorias de alimentos, definidas segundo seu processamento, conforme as quatro primeiras recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) que são: Faça de alimentos in natura ou minimamente processados a base de sua alimentação;

Utilize óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias; Limite o uso de alimentos processados, consumindo-os, em pequenas quantidades, como ingredientes de preparações culinárias ou como parte de refeições baseadas em alimentos in natura ou minimamente processados e Evite alimentos ultra processados. As perguntas abertas da entrevista e a avaliação final da atividade de educação alimentar e nutricional foram feitas por meio de análise qualitativa mediante relato das participantes.

3.5 Aspectos Éticos

Os procedimentos metodológicos do presente trabalho foram preparados dentro dos procedimentos éticos e científicos fundamentais, como disposto na Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Antes da submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi solicitada a instituição participante a assinatura no Termo de Aceite Institucional (Apêndice C). A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de ética e Pesquisa e assinatura dos participantes do TCLE. Na execução e divulgação dos resultados foi garantido o total sigilo da identidade dos participantes e a não discriminação ou estigmatização dos sujeitos da pesquisa, além da conscientização dos sujeitos quanto à publicação de seus dados. O número do protocolo de aprovação é 74779817.0.0000.0023.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Observação da realidade, pontos-chave, teorização e hipótese de solução

Das 10 mulheres selecionadas, foi excluída 1 pelo não comparecimento no dia da entrevista inicial, totalizando 9 participantes. A amostra foi composta somente por mulheres com idade média de 45 anos, com renda per capita entre 1 e 3 e meio salários mínimos, com a maioria - 77,8% (n=7) - relatando ausência de patologias, sendo citadas somente síndrome do intestino irritável e dislipidemia. Quanto à alergia ou intolerância a algum alimento foi relatado intolerância a lactose em 22,2% (n=2) das participantes.

Com o peso e a altura referidos pelas participantes presentes, comparando o IMC encontrado com o IMC estimado pela escala de Kakeshita (2008), o resultado encontrado foi que 60% (n=3) das participantes encontram-se em sobrepeso, 20% (n=1) em eutrofia e 20% (n=1) em obesidade. A percepção que ocorreu foi que 80% (n=4) das participantes tem uma imagem distorcida de seu próprio corpo, se enxergam com mais peso do que aparentam ter (Tabela 1).

Tabela 1- Características sociodemográficas e de saúde de mulheres frequentadoras de uma instituição religiosa de Brasília. Distrito Federal. 2017.

Variáveis	N	%
Idade		
De 25 a 35 anos	1	11,1
De 36 a 45 anos	3	33,3
De 46 a 55 anos	4	44,4
Mais de 56 anos	1	11,2
Renda Per capita		
1 a 1 e meio salários mínimos	5	55,6
2 a 2 e meio salários mínimos	2	22,2
3 ou mais salários mínimos	2	22,2
Patologias		
Não	7	77,8
Sim	2	22,2
Intolerâncias ou alergias alimentares		
Não	7	77,8
Sim	2	22,2
Índice de massa corporal (IMC)		
Eutrofia	1	10,0
Pré-obesidade	3	30,0
Obesidade	1	10,0
Quantidade de moradores na residência		
De 1 a 3	5	55,6

De 4 a 5	4	44,4
Mais de 5	0	0,0

No estudo de Assumpção et al., (2017), que avaliou a qualidade da dieta de homens e mulheres adultos e suas diferenças, bem como os padrões e fatores associados a qualidade alimentar, mostrou quais fatores que contribuem para a melhor qualidade da dieta de mulheres de Campinas, São Paulo, como o aumento da idade, o fato de morarem sozinhas ou com uma pessoa, ter algum tipo de doença crônica, a preocupação com sua própria saúde e a prática de atividade física em momentos de lazer. No presente estudo, das 2 participantes que relataram ter doença crônica, apenas 1 tem a qualidade da sua alimentação boa, a partir da avaliação do questionário de frequência alimentar.

Nas questões sobre o hábito alimentar, todas as participantes fazem entre 3 e 6 refeições diárias. Em relação à alimentação fora do domicílio, 66,7% (n=6) das participantes não se alimentam fora de casa por não gostarem, se sentirem mal, ou por não saírem com frequência. Quando necessitam comer na rua, 44,4% (n=4) das participantes levam frutas, 33,3% (n=3) comem salgados e 22,3% (n=2) não comem nada. Sobre sua alimentação - 77,8% (n=7) – não a consideram saudável por comerem guloseimas, massas, frituras, por não introduzirem alguns grupos de alimentos nas refeições, enquanto que 22,2% (n=2) consideram sua alimentação saudável por não comerem muito os alimentos citados acima e preferir mais alimentos *in natura*. O desejo de ter uma alimentação saudável é notado em todas as participantes tendo como motivação a melhora da qualidade de vida e saúde.

Quando questionadas sobre a dificuldade em se ter uma alimentação saudável, 66,7% (n=6) relataram as condições financeiras como um dos fatores determinantes para essa dificuldade. Outros fatores que também dificultam a mudança é o fato de preferir, em maior parte, alimentos não saudáveis, a pouca disponibilidade de tempo, deixar de comer os alimentos que tem costume mudando para alimentos mais nutritivos e saudáveis, associando esse tipo de alimentação com pouco prazer e a dificuldade dos demais moradores da residência a aderir essa nova alimentação.

É o que se observa no estudo feito por Lidemann, Oliveira e Mendoza-Sassi (2016), em que 31,1% dos entrevistados percebiam dificuldades em se ter uma alimentação saudável. Dentre os motivos, 57,6% mencionaram o custo elevado dos alimentos considerados saudáveis, 49,4% a força de vontade insuficiente, 41,6% a necessidade de abrir mão de alimentos não saudáveis, 35,7% a falta de tempo e 32,3% conhecimento insuficiente.

Em outro estudo feito por Assumpção et al. (2017), a restrição econômica está relacionada a má alimentação junto com a quantidade de moradores da residência ser maior que três pessoas. A justificativa é o impedimento de se investir em alimentos mais saudáveis e o controle do consumo com o intuito de favorecer os demais integrantes da família.

Sobre a influência da renda nas escolhas na presente pesquisa, somente 33,3% (n=3) relataram não influenciar. Isso pode estar ligado diretamente com o valor de seus salários, visto que são os maiores desse grupo, entre dois e meio e três e meio salários mínimos.

No estudo de Lins et al. (2013), apontou-se a relação da alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso em mulheres de baixa renda. Concluiu-se que a maior percepção de alimentação saudável e o consumo de frutas e verduras foi à renda superior a um salário mínimo, o aumento da idade e escolaridade, sendo a percepção ruim associada ao sobrepeso. Isso se relaciona ao presente estudo, onde a percepção de alimentação saudável está em mulheres de rendas mais altas bem como o sobrepeso nas mais baixas.

Das 77,8% (n=7) que relatam influência da renda na alimentação, o valor dos alimentos, as despesas gerais, o valor dos salários e a quantidade de pessoas residindo na casa são fatores considerados determinantes (Tabela 1).

Em outro estudo, a percepção da qualidade de vida e alimentação de mulheres de Belo Horizonte, Minas Gerais, foi ruim associando a ausência de tempo e suas condições financeiras como fator de impedimento para uma mudança nos hábitos alimentares (OLIVEIRA et al., 2015).

Na preferência por alimentos in natura/ minimamente processados citados na entrevista, 66,7% das participantes, sendo a maioria, gostam e comem de forma a vontade, 22,2% (n=2) comem pouco e 11,1% (n=1) evita esses tipos de alimentos. Nos alimentos processados, todas evitam e/ou comem pouco e nos alimentos ultra processados, tiveram respostas variadas, sendo 33,3% (n=3) que adoram, 33,3% (n=3) que evitam, 22,3% (n=2) que comem pouco e 11,1% (n=1) que come à vontade (Tabela 2).

Tabela 2 - Preferências alimentares, segundo o tipo de processamento, de mulheres frequentadoras uma instituição religiosa de Brasília. Distrito Federal. 2017.

Variáveis	N	%
Alimentos in natura/minimamente processados		
Adora	3	33,3
Come a vontade	3	33,3
Come muito pouco	2	22,3
Evita	1	11,1
Nunca pensou sobre isso	0	0,0
Alimentos Processados		
Adora	0	0,0
Come a vontade	0	0,0
Come muito pouco	5	55,5
Evita	4	44,4
Nunca pensou sobre isso	0	0,0
Alimentos Ultra processados		
Adora	3	33,3
Come a vontade	1	11,2
Come muito pouco	2	22,2
Evita	3	33,3
Nunca pensou sobre isso	0	0,0

Do grupo de alimentos citados, a frequência de consumo dos alimentos in natura/minimamente processados entre as participantes é alta, sendo o arroz (55%), leguminosas (55%), proteína em geral (89%) e o leite (44%) os mais consumidos diariamente. O consumo diário de frutas (55,6%) e de legumes (44,4%) também foram altos, sendo que todas consomem esses alimentos semanalmente. Segundo dados da Vigitel (2017) o consumo regular de frutas e hortaliças entre mulheres aumentaram de 38,6% (2008) para 40,1% (2012), crescendo para 40,7 em 2016. Sendo que 1 a cada 3 adultos consomem frutas e hortaliças em 5 dias da semana, associando com os resultados da presente pesquisa.

A frequência dos alimentos processados é baixa, sendo a fruta em calda nunca consumida (77%) e o pão francês (33%) consumido diariamente. Dos alimentos ultra processados, 77,8% (n=7) das participantes relataram nunca consumir a lasanha congelada. O refrigerante teve frequência variada, sendo o maior consumo uma vez na semana (33%) e o consumo da pizza ficou entre uma a duas vezes no mês (44%) e uma vez na semana a nunca (44%) (Apêndice D).

Percebeu-se que dos processamentos citados, o consumo dos alimentos in natura e/ou minimamente processados vai aumentando conforme a idade e os ultra processados, como o refrigerante, é mais alto pelas mais novas do grupo, com idade entre 28 e 45 anos (44,4%).

Isso se associa com o estudo de Holffimann et al. (2015) que relaciona o aumento do consumo de frutas e vegetais com o aumento da idade. Esse consumo também está relacionado a mulheres com excesso de peso que, nesse estudo, foram as que mais consumiam esse tipo de alimento. Contraposto, as que estavam com peso normal consumiam mais alimentos do grupo de lanches, levando a percepção de que elas se preocupam mais com a alimentação saudável quando as consequências já estão visíveis.

Dos ingredientes culinários, o consumo médio diário do sal foi de 45,41 gramas, sendo que o consumo preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) é de abaixo de 5g diários por pessoa. Foi relatado o consumo de um quilograma por mês em 33% (n=3) das participantes, as demais, 77,8% (n=7) consomem menos. O óleo de soja é consumido por todas, sendo 66,7% (n=6) consumindo a quantidade de dois litros mensalmente. Para as demais, 33,3% (n=3), o consumo não passou de meio litro, sendo a média de consumo de 800 mililitros. O consumo do açúcar foi variado, sendo o uso do tipo cristal relatado por todas. A variação ficou entre um e dez quilogramas mensal. Em residências com 3 moradores o consumo mensal de até dez quilos foi considerado alto levando em conta a quantidade de moradores que habitam na mesma residência, pois o consumo por pessoa ficou de 111g diários. O consumo preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) é que não ultrapasse 50g diários. Todas relataram consumir azeite extra virgem (Tabela 3).

Tabela 3- Consumo mensal de ingredientes culinários de mulheres frequentadoras de uma instituição religiosa de Brasília. Distrito federal. 2017

Variáveis	N	%
Sal		
Até meio quilo	5	55,6
Até um quilo	4	44,4
Mais de um quilo	0	0,0
Óleo		
Até meio litro	2	22,2
Até um litro	1	11,1
Mais de um litro	6	66,7
Açúcar		
Entre um e dois quilos	1	11,1
Entre dois e meio a cinco quilos	5	55,6
Até dez quilos	3	33,3
Mais de dez quilos	0	0,0
Azeite		
Não	0	0,0
Sim	9	100,0

Com o resultado dos questionários percebeu-se que a grande maioria associa a alimentação saudável a valores mais elevados sendo um obstáculo alcançá-la pelo valor de suas rendas. O consumo elevado de pizza também foi um fator negativo identificado na alimentação cotidiana dessas mulheres.

Diante disto foi elaborada uma atividade de oficina culinária com o intuito de apresentar uma preparação saudável, na qual foi escolhida a pizza, por ser um alimento de grande consumo. Incluiu-se o aproveitamento integral dos alimentos, como forma de trabalhar a economia e sustentabilidade com o objetivo de gerar autocuidado e autonomia.

4.2 Execução da atividade

A atividade realizada foi uma oficina culinária dentro da cozinha da instituição religiosa localizada no Paranoá- DF. Compareceram 5 participantes (55,6%) do grupo inicial de 9 mulheres. Como uma opção de substituição de pizza que elas já consumiam, geralmente mais calóricas e sem muito nutrientes, que fosse uma preparação fácil de fazer, uma opção saudável e com pouco tempo de preparo, que levasse ingredientes nutritivos e saudáveis, que gerasse pouco custo foi adaptada uma receita de pizza (Apêndice E). A atividade teve início com a informação da receita e de forma voluntária, cada participante escolheu o que queria fazer. Uma ficou com o pré - preparo da massa, outra com a cocção da mesma, as demais ajudaram na montagem da pizza. Após a preparação pronta, todas consumiram. Quatro participantes (80%) gostaram muito e 1 (20%) achou que poderia conter mais sal, mas em geral a aceitação foi boa.

Após a degustação, houve uma roda de conversa, com cartazes expostos, com informações sobre o custo da receita, o local de compra, as diferenças de preços que variam de um local para outro, as vantagens de se pesquisar em diversos lugares visando economia, a importância da sazonalidade e do aproveitamento integral dos alimentos, bem como os benefícios de cada alimento contido na receita para o organismo. Ao final, cada uma recebeu um informativo contendo a receita realizada e dicas de como fazer aproveitamento integral dos alimentos. A atividade teve duração de, aproximadamente, 1 hora. Com essa atividade as participantes aprenderam a opção de uma preparação saudável, econômica, rápida, de fácil preparo, feita por elas mesmas, estimulando sua autonomia. Todas relataram ter gostado muito da atividade e, futuramente, replicá-la em casa para a família.



Figura 1. Atividade de oficina culinária



Figura 2. Participantes da atividade

Após uma semana da atividade realizada, houve um novo encontro com as cinco participantes para discutir sobre a opinião e aprendizado. Todas disseram ter gostado muito da oficina e do que aprenderam com ela. Uma participante relatou ter feito a receita em casa para a família e que todos gostaram muito. Outra participante disse ter feito a receita substituindo alguns ingredientes ou mesmo alternando suas quantidades. Outra fez um caldo aproveitando as cascas dos alimentos e relatou que ficou tão gostoso que poderia até vendê-lo para melhorar a renda. Relatou também estar mais atenta a preços dos alimentos e os locais mais baratos para comprar, dando preferência aos alimentos da época e que já percebeu a diferença no custo. Ela comentou: “depois que fui a vários lugares e vi onde era mais barato, eu comprei mais coisas e até sobrou um troquinho, o que não acontece”. Várias participantes relataram também passar a receita e o que aprenderam para outros familiares e vizinhos. A participante portadora de dislipidemia relatou que, na roda de conversa no dia da atividade, ela aprendeu sobre benefícios de alguns alimentos contidos na receita e com isso passou a consumi-los mais vezes. Alimentos esses que tem propriedades nutricionais importantes na redução do colesterol LDL-c e aumento do colesterol HDL-c (Diretriz Brasileira de Dislipidemias e prevenção da aterosclerose, 2013).

Segundo Mendonça e Lopes (2012), a participação em intervenções como atividade de educação alimentar nutricional em grupo, com atitudes e conceitos que proporcionam condições para escolhas alimentares saudáveis de acordo com a realidade em que vivem, melhora de fato hábitos alimentares. Isso promove modos de vida saudáveis e melhoria na qualidade de vida do indivíduo.

É o que se confirma também no trabalho realizado por Silva et al. (2013) realizado com usuários de uma academia da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, mostrando que

oficinas com temas abordados sobre alimentação, com modificações dietéticas, relacionam à redução do consumo de óleos e gorduras (29,5%) e ao aumento do consumo de frutas e hortaliças (22,5%), sendo que após três meses de intervenção, 90,9% dos indivíduos que participaram referiram mudança no hábito alimentar e transferência de informações adquiridas nas atividades educativas para outras pessoas.

Em outro estudo, para avaliar a implantação de programa de educação alimentar e nutricional com pessoas com sobrepeso e obesidade, constatou que atividades lúdicas e dinâmicas estimularam aprendizagem e interesse do grupo em geral, com melhor aderência. No final do programa constataram mudanças no hábito alimentar dos participantes, de acordo com o relato dos mesmos (PEREIRA et al., 2015).

Felippe et al. (2011) em estudo que avaliou a qualidade da dieta em indivíduos exposto e não exposto a um programa de reeducação alimentar mostrou que pessoas com orientação prévia sobre uma melhor alimentação teve um maior consumo de alimentos mais saudáveis como frutas e vegetais sendo os classificados com a melhor qualidade da dieta. O grupo que não recebeu a orientação prévia teve o maior consumo de óleos, gorduras e doces com a classificação de qualidade ruim da dieta em relação ao grupo que sofreu intervenção. Concluiu-se que a orientação prévia causou influência nos resultados indicando a importância das intervenções na mudança de hábitos alimentares e melhoria na qualidade da dieta de pessoas, bem como a continuação da mesma.

Pereira, Pereira e Angelis-Pereira (2017), em um estudo onde avaliou a influência de intervenção educativas realizado com adolescentes mostrou aumento de conhecimento a assuntos referentes à alimentação e nutrição após intervenção. Esse mesmo estudo evidencia que para haver eficácia, ações conjuntas de promoção de saúde, envolvendo todo o ambiente que se está inserido juntamente com autoridades políticas e estatais, devem ser adotadas.

Então, o uso de estratégias educativas envolvendo atividades, desempenho, praticas elaboradas com assuntos estabelecidos anteriormente, com o propósito de agrupar e estimular a participação, despertando interesse a partir de um conhecimento, afirma a importância e competência da educação alimentar e nutricional (VINCHA et al., 2017).

Por tanto, uma atividade pautada sobre a problematização e a realidade a qual o indivíduo está inserido, com ênfase no diagnóstico da situação, conhecendo o grupo e identificando suas prioridades para planejamento de ações, ressaltando o processo ativo e participativo, incluindo teorias e práticas que envolve toda a comunidade, no contexto de

alimentação e saúde, causam posturas iniciais de autocuidado e transformação, aplicando o aprendido a situações cotidianas (TORQUATO, 2015).

5. CONCLUSÃO

Com o intuito de proporcionar um instrumento que pudesse ajudar na melhora ou mudança das escolhas alimentares das mulheres desse grupo, a atividade de educação alimentar e nutricional (EAN) foi de grande importância para a reflexão sobre como elas estavam agindo diante de seus hábitos alimentares.

Observando as práticas alimentares e dificuldades de manter uma alimentação saudável, conclui-se que a ação da EAN é uma importante ferramenta para o processo de mudança se essa for pautada na realidade em que os indivíduos estão inseridos.

A eficácia da EAN depende muito do interesse do participante bem como a mudança do comportamento alimentar. Então, torna-se necessário mais estudos de intervenção, que relacione o hábito alimentar de mulheres associados às condições socioeconômicas desfavoráveis como estratégia de mudança no estilo de vida e, conseqüentemente, como melhora geral da saúde, ressaltando também a importância do nutricionista como agente promotor da educação em alimentação e nutrição.

REFERÊNCIAS

- ASSUMPCAO, D. et al . Diferenças entre homens e mulheres na qualidade da dieta: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, v.22, n.2, p. 347-358, fev. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0347.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2017.
- BARBEL, N.A.N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface — Comunic, Saúde, Educ.**, v.2, n.2, p.139-154, fev.1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08>>. Acesso em: 30 maio. 2017.
- BRASIL. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. **Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção a Aterosclerose**. Soc. Bras. Cardiologia. v.101, n.4, Supl. 1, Out 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemias_pdf.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2017
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 1º Edição. Brasília, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2016**. 2º Edição. Brasília, 2014. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf>. Acesso em: 26 out. 2017.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Marco de Referencia de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.ideiasnamesa.unb.br/files/marco_EAN_visualizacao.pdf>. Acesso em: 02 abr.2017.
- BRASIL. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro,2013. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2017.
- CLARO, R. M.; LEVY, R. B.; BARDONI, D. H. Influencia da renda sobre as despesas com alimentação fora do domicilio no Brasil, 2002-2003. **Cad. Saúde Pública**. v.25 n.11, p.2489-96, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/18.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

FELIPPE, F. et al. Qualidade da dieta de indivíduos expostos e não expostos a um programa de reeducação alimentar. **Rev. Nutr.**, v. 24, n.6, p.833-844, dez. 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n6/03v24n6.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2017.

HOFFMANN, M. et al. Padrões alimentares de mulheres no climatério em atendimento ambulatorial no Sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.20, n.5, p.1565-1574, maio 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n5/1413-8123-csc-20-05-01565.pdf>>. Acesso em:26 out. 2017.

KAKESHITA, I.S. et al. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. **Psic.: Teor. e Pesq.** v.25, n.2, p.263-270, jun. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a15v25n2.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2017.

LINDEMANN, I.L; OLIVEIRA, L.L; MENDOZA-SASSI, R.A. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.21 n.2, p.599-610, fev. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0599.pdf>>. Acesso em: 25 maio. 2017.

LINS, A.P.M.et al . Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.18, n.2, p.357-366, fev. 2013. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n2/07.pdf> >. Acesso em 17 out. 2017.

MENDONÇA, R.D; LOPES, A.C.S.The effects of health interventions on dietary habits and physical measurements. **Rev. Esc. Enferm. USP** v.46 n.3, p.573-579, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/07.pdf>>. Acesso em: 25 maio. 2017.

OLIVEIRA, M. S.et al . Consumo de frutas e hortaliças e as condições de saúde de homens e mulheres atendidos na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.20, n.8, p. 2313-2322, ago. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2313.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2017.

PEREIRA, M. A. et al. Desafios e reflexões na implantação de um programa de educação alimentar e nutricional (EAN) em indivíduos com excesso de peso. **Rev. Bras. Promoç. Saúde.**, v.28, n.2, p.290-296, abr./jun. 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/ra21450985/Downloads/3265-13861-1-PB.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2017.

PEREIRA, T.S; PEREIRA, R.C; ANGELIS-PEREIRA, M.C. Influência de intervenções educativas no conhecimento sobre alimentação e nutrição de adolescentes de uma escola pública. **Ciênc. saúde coletiva**, v.22, n.2, p.427-435, fev. 2017. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0427.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2017.

SILVA, C.P; CARMO, A.S; HORTA, P.M; SANTOS, L.C. Intervenção nutricional pautada na estratégia de oficinas em um serviço de promoção da saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Nutr.** v.26 n.6, p.647-658, nov. /dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v26n6/04.pdf>>. Acesso em: 25 maio. 2017.

TORQUATO, L.L. **O olhar do educando e do educador sobre ação de educação alimentar e nutricional desenvolvida com mulheres do Recanto das Emas/DF.** 2015. 228f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

VASCONCELOS, F.A.G. de. Josué de Castro e a Geografia da Fome no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.11, p.2710-17, nov.2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/27.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

VINCHA, K.R.R. et al . “Então não tenho como dimensionar”: um retrato de grupos educativos em saúde na cidade de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.9, p.5-12, out. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n9/1678-4464-csp-33-09-e00037116.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and prevention of chronic diseases: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation.** Geneva: WHO; n.916, 2003. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf >. Acesso em: 22 nov. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Information note about intake of sugars recommended in the WHO guideline for adults and children.** 2015. Disponível em: <http://www.asbran.org.br/arquivos/sugar_intake_information_note_en.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2017.