




Capítulo 9

**Grupo Multidisciplinar de
Reeducação Alimentar:
um Programa Visando
Qualidade de Vida**



ANA LÚCIA DE MORAES CARLETTI

NUTRICIONISTA DO CENTRO DE SAÚDE DA
COMUNIDADE (CECOM/UNICAMP)

MESTRE EM SAÚDE COLETIVA PELA
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS (FCM/UNICAMP)

GISELI PANIGASSI

NUTRICIONISTA DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA
PREVENTIVA E SOCIAL (DMPS/FCM/UNICAMP)

MESTRE E DOUTORA EM SAÚDE COLETIVA PELA
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS (FCM/UNICAMP)

A nutrição tem um papel fundamental na saúde do ser humano e é considerada um componente integral do estilo de vida saudável. Em parceria com a atividade física, a dieta balanceada é altamente recomendada por autoridades nacionais e internacionais ligadas à saúde, como fatores essenciais na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (Brasil, 2005; Who, 2004).

O tema nutrição e qualidade de vida vem sendo intensamente discutido tanto nos meios acadêmicos, como nas mídias. Porém, muitas vezes, essas discussões estão baseadas em conceitos sem fundamentação científica e acabam pro-

movendo práticas que não trazem benefícios e sim, frequentemente, prejuízos à saúde.

Por outro lado, o padrão alimentar da população urbana no Brasil, sem dúvida, está progressivamente absorvendo as novidades criadas pela indústria, tornando-se cada vez mais homogêneo. Num mundo globalizado, isso parece inevitável, gerando graves conseqüências para a saúde pública, associadas ao aumento das doenças crônicas e aos desvios ponderais e nutricionais (Bleil, 1998).

Efeitos deletérios da alimentação inadequada na saúde dos indivíduos

Atualmente, observa-se um padrão alimentar caracterizado pelo alto consumo de alimentos de origem animal, de açúcares, óleos e farinhas refinadas, e um baixo consumo de cereais integrais, legumes, verduras e frutas (IBGE, 2004; Who, 2004).

No Brasil, apesar da desnutrição na infância, baixo peso ao nascer e vulnerabilidade às infecções serem problemas ainda freqüentes, estão perdendo espaço para as doenças crônicas não transmissíveis. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 (IBGE, 2003), aproximadamente 29,9% da população apresentava pelo menos uma doença crônica não-transmissível. Também em pesquisa nacional, constatou-se que a obesidade, que é caracterizada pelo Índice de massa corporal (IMC) acima ou igual a 30 Kg/m², afeta 8,9% de homens adultos e 13,1% de mulheres adultas (IBGE, 2004). A tendência secular do sobrepeso (correspondente ao IMC igual ou acima de 25 Kg/m²) no Brasil vem aumentando ao longo dos anos. Em 1975, a prevalência de sobrepeso era 18,6% e 28,6% entre homens e mulheres respectivamente, passando para 41% e 39,2% em 2003 (IBGE, 1977; IBGE, 2004).

A alimentação desequilibrada e o sedentarismo constituem os fatores mais freqüentemente apontados como determinantes do súbito aumento dos casos de obesidade entre as populações. A dieta pobre em carboidratos complexos e rica em açúcares

simples e gorduras está fortemente associada à obesidade, que, por sua vez, torna-se fator de risco para outros eventos, como aterosclerose, hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes, osteoartrites, patologias biliares e vários tipos de câncer, levando a um maior risco de mortalidade, principalmente por doenças cardiovasculares (Who, 2003; Who, 2004).

As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 1/3 dos óbitos em 2005, sendo a principal causa de morte na população adulta do Brasil (Brasil, 2007).

Ao falar da importância das doenças crônicas como problema de saúde, não se deve considerar apenas seu papel na mortalidade, mas, também, na qualidade de vida da população. As chamadas complicações crônicas dessas doenças são altamente incapacitantes além de serem causas freqüentes de invalidez precoce. Também são motivos comuns de hospitalização, acarretando alto consumo de leitos ou absenteísmo ao trabalho, causando, muitas vezes, dificuldade na obtenção de emprego (Who, 2003).

Atualmente, existem muitos trabalhos científicos demonstrando a relação entre dieta e saúde/doença. Está comprovado que altos níveis de consumo de gordura e calorias associam-se fortemente ao excesso de peso corporal, especialmente com aumento do tecido adiposo. Além disso, a composição da dieta, especialmente o seu conteúdo em gordura, mais do que o consumo energético total, possui um importante papel no desenvolvimento da obesidade (Willett, 1998). As dietas com alta densidade de gordura saturada, gordura trans (encontrada principalmente em margarinas, biscoitos, bolos e sorvetes) e colesterol também estão associadas a um risco aumentado de doença coronariana (Oomen et al., 2001). Quanto ao consumo de sódio, é evidente que está diretamente associado com a pressão arterial. Alguns autores sugerem que uma diminuição de aproximadamente 3g de sódio por dia implicaria em diferenças na pressão sistólica e poderia levar a uma redução do número de indivíduos com necessidade de tratamento antihipertensivo e de mortes por doenças do aparelho circulatório (Law et al., 1991).

De acordo com as evidências acumuladas pela ciência, o reconhecimento da relevância da dieta saudável sobre a saúde

de da população está aumentando. Independentemente de seu grau de desenvolvimento, inúmeros países vêm, nos últimos anos, adotando estratégias para melhorar a qualidade da dieta e restringir o porcionamento dos alimentos consumidos como ações de saúde pública.

A Organização Mundial da Saúde estabeleceu em 2004, a Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (Who, 2004). Segundo as recomendações do documento, o profissional deve orientar a dieta para manter o equilíbrio energético e o peso saudável do indivíduo; limitar a ingestão de gorduras saturadas, substituindo-as pelas insaturadas e eliminar as gorduras trans; aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras, cereais integrais e leguminosas; restringir a ingestão de açúcar livre e de sódio e consumir sal iodado.

Papel da educação nutricional na mudança de hábitos alimentares

Nesse contexto de consumo alimentar excessivo, desequilibrado em nutrientes e construído pela mídia, torna-se um desafio a atuação do nutricionista como educador, principalmente se for considerada toda a complexidade que envolve a seleção individual de alimentos. Para alguns autores, existe uma relação muito sutil entre o que as pessoas sabem e o que as pessoas fazem. O conhecimento não desencadeia o processo de mudança, mas pode funcionar como um instrumento quando as pessoas desejam mudar (Assis & Nahas, 1999).

Segundo Cavalcanti et al. (2007), o comportamento humano, em sentido amplo, está sob o controle da vontade pessoal e, portanto, o indivíduo poderia mudar seu comportamento raciocinando sobre o que o leva a agir de determinada forma.

O sucesso da intervenção nutricional parece depender do entendimento do papel desempenhado pelos alimentos na vida das pessoas, e este, muito mais do que mera fonte de nutrientes para a sobrevivência, é fonte de gratificações emocionais e meio de expressar valores e relações sociais (Casotti et al., 1998).

Em suma, inúmeros fatores influenciam a escolha qualitativa e quantitativa dos alimentos a serem ingeridos. O que se come e o que se bebe é uma questão social, cultural, familiar. Isto significa que os hábitos alimentares constituem o resultado das experiências apreendidas ao longo da vida; portanto, é possível, com algum esforço e técnicas eficazes de educação, reformular esses mesmos hábitos alimentares, no sentido de corrigir possíveis distúrbios nutricionais (Rogers, 1998).

O objetivo da promoção de uma alimentação saudável é incentivar a autonomia na decisão da escolha de práticas alimentares e de vida saudáveis. A identidade cultural das populações deve ser preservada, estimulando-se uma dieta mais saudável, atendendo às questões de quantidade, qualidade, prazer e saciedade. Também deve atender os atributos de acessibilidade física e financeira, sabor, variedade, cor, harmonia e segurança sanitária (Brasil, 2004; Brasil, 2005).

Está claro que a nutrição é uma ciência complexa e de vital importância para a saúde, sendo o nutricionista o profissional preparado para orientá-la, pois além de conhecer a composição nutricional dos alimentos, também detém informações das melhores formas de prepará-los. A união desses dois aspectos é útil no processo de mudança do hábito alimentar. A nutrição, como ciência, utiliza a variedade como um fator contribuinte ao equilíbrio de nutrientes e não somente como um atrativo do cardápio. Todos os nutrientes devem ser explorados em graus que são diretamente proporcionais aos resultados que podem manifestar no corpo, só desta forma a conciliação do prazer de comer com a melhoria da qualidade de vida será plena.

O Grupo Multidisciplinar de Reeducação Alimentar

Frente a esse novo padrão alimentar e comportamental, em meados de 1996, no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), iniciou-se um grupo de reeducação alimentar, conduzido por um nutricionista, para funcionários dessa Unidade, e a partir de agosto de 1999, essa mesma atividade passou a ser realizada no Centro de Saúde da Comunidade (CECOM/CSS/UNICAMP), beneficiando toda a comunidade universitária. Ao longo desses anos, já foram realizados cerca de 25 grupos com aproximadamente 400 participantes.

Atualmente, o grupo tem caráter multiprofissional, sendo composto por nutricionista, enfermeiro, fisioterapeuta, professor de educação física, psicólogo, dentista e médico, e tem como objetivo orientar mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida para o bem-estar físico e mental. Tem enfoque na prevenção de doenças crônicas como obesidade, diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, apesar de não restringir a participação de indivíduos saudáveis e que queiram apenas aprender a se alimentar de forma balanceada.

O ingresso no grupo é realizado por demanda espontânea ou encaminhamento pelos profissionais do serviço, seguindo uma ordem de inscrição.

O programa e seu conjunto de ações são desenvolvidos em treze semanas consecutivas por um período de três meses, com uma hora e meia de duração. Em cada um dos encontros é abordado um tema, entre eles nutrição e qualidade de vida, atividade física, comportamento e atitudes alimentares. Alguns tópicos do programa, além do conteúdo teórico, são complementados com uma dinâmica lúdica.

No início do grupo, é feita uma entrevista individual contendo informações sobre características pessoais e de morbidade, prática de atividade física e consumo alimentar por meio de recordatório de 24 horas. Também são solicitados exames laboratoriais de colesterol total e frações, triglicérides, glicemia de jejum e hemoglobina, e realizadas medidas de pressão arterial, de peso e altura para cálculo e classifica-

ção do Índice de Massa Corporal (IMC), que é repetida em cada encontro.

No primeiro encontro os profissionais se apresentam e é desenvolvida uma dinâmica com os participantes a fim de se socializarem e se conhecerem.

A pirâmide alimentar é abordada num segundo encontro para que sejam conhecidos os alimentos da dieta, descrição de cada grupo e das porções alimentares. Utiliza-se uma dinâmica com figuras de alimentos e preparações e embalagens vazias de alimentos industrializados para serem distribuídos nos grupos alimentares que são desenhados com fita crepe no chão.

Em quatro dos 13 encontros é abordado o fracionamento da dieta durante as 24 horas do dia. Contemplam-se cinco refeições: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar, usando dinâmicas com figuras e relatos de experiências pessoais. Nesses encontros também são discutidos os tipos de gorduras da dieta, quantidades recomendadas de consumo e riscos e benefícios à saúde. Dentro dessa abordagem, é destacada a importância das fibras alimentares na prevenção e como coadjuvante no tratamento das doenças crônicas não transmissíveis.

Os aspectos psicológicos relativos à alimentação são discutidos em dois encontros relacionando sentimentos à ingestão de alimentos, por meio de dinâmicas.

Em um dos encontros são abordados temas relacionados aos hábitos alimentares como mastigação, ingestão de líquidos, duração e ambiente das refeições.

A importância, função e fonte alimentar de vitaminas e minerais são abordadas em um único encontro, utilizando-se dinâmica com tarjetas distribuídas em três colunas, uma de nutriente, outra de função e a terceira de fonte alimentar. Nessa atividade, os participantes devem relacionar as três colunas e ordenar os itens distribuídos.

A importância da atividade física regular é discutida por profissional da área, em um encontro em local aberto, onde é realizada uma caminhada com monitoramento da frequência cardíaca e da pressão arterial.

Doenças crônicas não transmissíveis, tais como obesidade, diabetes, hipertensão arterial, dislipidemias, e sua relação com a alimentação são abordadas com a participação de médico e enfermeira. Nesse encontro são discutidos os exames laboratoriais solicitados no início do programa.

O último encontro é o encerramento do grupo com a realização de avaliação final escrita e uma festa para a qual cada participante traz uma preparação ou alimento saudável para ser partilhado com o grupo, sendo esta uma atividade prática do conteúdo desenvolvido nos encontros.

Durante o programa os participantes mostram-se dispostos a mudar a dieta, o comportamento alimentar e o estilo de vida, incluindo alimentos e preparações mais saudáveis e praticando atividade física de forma regular.

Referências

ASSIS, M. A. A.; NAHAS, M.V. 1999. "ASPECTOS MOTIVACIONAIS EM PROGRAMAS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR". REV. NUTR., 12(1):33-41.

BLEIL, S.I. 1998. "O PADRÃO ALIMENTAR OCIDENTAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE A MUDANÇA DE HÁBITOS NO BRASIL". CAD. DEBATE, 1998; 6:1-25.

BRASIL. 2004. A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL COMO INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO E COMBATE AO SOBREPESO E OBESIDADE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DOCUMENTO TÉCNICO. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE.

BRASIL. 2005. GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA: PROMOVENDO A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. COORDENAÇÃO-GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 236 P (SÉRIE A. NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS).

BRASIL. SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE - SIM. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. [HTTP://TABNET.DATASUS.GOV.BR/CGI/TABCGI.EXE?SIM/CNV/OBTUF.DEF](http://TABNET.DATASUS.GOV.BR/CGI/TABCGI.EXE?SIM/CNV/OBTUF.DEF) (ACESSADO EM 29/FEV/2007).

CASOTTI, L; RIBEIRO, A; SANTOS, C; RIBEIRO, P. 1998. "CONSUMO DE ALIMENTOS E NUTRIÇÃO: DIFICULDADES PRÁTICAS E TEÓRICAS". CAD. DEBATE, 6: 26-39.

CAVALCANTI, A. P. R.; DIAS, M. R.; RODRIGUES, C. F. F.; GOUVEIA, C. N. N. A.; RAMOS, D. D.; SERRANO, F. J. O. 2007. "CRENÇAS E INFLUÊNCIAS SOBRE DIETAS DE EMAGRECIMENTO ENTRE OBESOS DE BAIXA RENDA". *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*, 12(6):1567-1574.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 1997. CONSUMO ALIMENTAR; ANTROPOMETRIA. ESTUDO NACIONAL DA DESPESA FAMILIAR ENDEF, v. 1: DADOS PRELIMINARES. RIO DE JANEIRO: IBGE.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2003. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS. RIO DE JANEIRO: IBGE.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2004. PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES 2002-2003: ANÁLISE DA DISPONIBILIDADE DOMICILIAR DE ALIMENTOS E DO ESTADO NUTRICIONAL NO BRASIL. RIO DE JANEIRO: IBGE.

LAW, M. R.; FROST, C. D.; WALD, N. J. 1991. "BY HOW MUCH DOES SALT REDUCTION LOWER BLOOD PRESSURE? III--ANALYSIS OF DATA FROM TRIALS OF SALT REDUCTION". *BMJ*, 302(6780): 819-824.

OOMEN, C. M.; OCKE, M. C.; FESKENS, E. J. M.; ERP-BAART, M. A. J.; KOK, F. J.; KROMHOUT, D. 2001. "ASSOCIATION BETWEEN TRANS FATTY ACID INTAKE AND 10-YEAR RISK OF CORONARY DISEASE IN THE ZUTPHEN ELDERLY STUDY: A PROSPECTIVE POPULATION-BASED STUDY". *LANCET*, 357(9258):746-751.

ROGERS, P. J. 1998. "EATING HABITS AND APPETITE CONTROL: A PSYCHOBIOLOGICAL PERSPECTIVE". *PROC. NUTR. SOC.*, 58(1):59-67.

WILLET, W. C. 1998. "IS DIETARY FAT A MAJOR DETERMINANT OF BODY FAT?" *AM. J. CLIN. NUTR.*, 67 (SUPPL) 556S-62S.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2003. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION [WHO/FAO]. DIET, NUTRITION AND THE PREVENTION OF CHRONIC DISEASES. GENEVA; [WHO - TECHNICAL REPORT SERIES, 916].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2004. GLOBAL STRATEGY ON DIET, PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH. FIFTY-SEVENTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. [WHA57.17]. MAY 22.