

GRUPO DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR: UMA EXPERIÊNCIA HOLÍSTICA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA FAMILIAR

GROUP FOR THE REEDUCATION OF EATING HABITS: A HOLISTIC EXPERIENCE IN HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF THE FAMILY

GRUPO DE REEDUCACIÓN ALIMENTARIA: UNA EXPERIENCIA HOLÍSTICA EN SALUD EN LA PERSPECTIVA FAMILIAR

Adriana Mafrá Brienza¹
Silvana Martins Mishima²
Priscila Frederico³
Maria José Clápis²

RESUMO: O estudo descreve uma experiência de desenvolvimento de um programa educativo familiar voltado para o tema Reeducação Alimentar. O mesmo se caracteriza por um processo que pode possibilitar à população avaliar a qualidade de vida. Justificam esta iniciativa o envelhecimento da população brasileira onde a obesidade desempenha um papel importante como fator de risco, bem como o despreparo do sistema de saúde e da sociedade. O presente trabalho é realizado em uma micro-área do município de Ribeirão Preto. Acontece na forma de grupos, com duração de 2 meses e participação média de 13 pessoas. Tem como clientela básica mulheres. Através da participação da clientela, são elaborados cardápios alimentares. São oferecidos grupos de manutenção que visam dar continuidade ao processo. Têm-se observado uma procura de aproximadamente 30 inscritos para cada grupo. Um Programa de Reeducação Alimentar contribui para o auto-cuidado e a auto-responsabilidade, apoiando estilos de vida mais saudáveis.

PALAVRAS CHAVE: Promoção à saúde, vigilância em saúde, estilo de vida

ABSTRACT: This study describes the experience of the development of a family educational program to develop healthier eating habits. The program can enable the population to evaluate its quality of life. It can be justified if we consider obesity as a risk factor for the aging population in Brazil and the unpreparedness of the health system and society regarding this subject. The present work, which lasted two months, was carried out in a micro-area of the municipal district of Ribeirão Preto with groups of around 13 people. Most of the participants were women who cooperated with the making of healthier menus. In order to give continuity to the process, maintenance groups were created. This program can contribute to self-care and self-commitment, giving support to healthier life styles.

Keywords: promoting health, health control, life style

RESUMEN: El estudio describe una experiencia de desarrollo de un programa educativo familiar volcado hacia el tema Reeducción Alimentaria. El mismo se caracteriza por ser un proceso que puede permitir a la población evaluar la calidad de vida. Justifican esta iniciativa el envejecimiento de la población brasileña donde la obesidad desempeña un rol importante como factor de riesgo, así como la poca preparación del sistema de salud y de la sociedad. El presente trabajo se realiza en una micro área de la ciudad de Ribeirão Preto. Ocurre en la forma de grupos, con duración de 2 meses y participación promedio de 13 personas. Tiene como clientela básica mujeres. A través de la participación de la clientela, se elaboran menús alimentarios. Se ofrecen grupos de mantenimiento que vienen a dar continuidad al proceso. Se observa una demanda de aproximadamente 30 inscritos para cada grupo. Un Programa de Reeducción Alimentaria contribuye para el autocuidado y la autoresponsabilidad, apoyando estilos de vida más saludables.

PALABRAS CLAVE: Promoción a la salud, vigilancia en salud, estilo de vida

Recebido em 08/10/2002

Aprovado em 06/03/2003

¹ Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Especialista em Saúde Coletiva e doutoranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

² Professoras Doutoradas do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

³ Enfermeira Especialista em Enfermagem do Trabalho, doutoranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Segundo Mendes (1996), promoção da saúde se constitui no elemento chave para a reorientação de políticas e serviços de saúde, constitui um processo de capacitação de indivíduos e comunidade para auxiliá-los no controle sobre os determinantes da saúde; saúde é concebida como uma interação sócio-ecológica entre indivíduos e seu meio e não apenas a ausência de doença. Neste contexto é relevante o reconhecimento de dois componentes iniciais para o êxito dos programas de prevenção e promoção da saúde: a- que a população participe e modifique condutas e estilos de vida nocivos à saúde, reduzindo riscos e desenvolvendo um sentido de responsabilidade compartilhada com os serviços de saúde, b- que as políticas públicas atuem efetivamente na promoção da saúde, reconhecimento de que o empreendimento é uma tarefa intersetorial, interdisciplinar e que todos os esforços devam ser no sentido da complementaridade, comunhão e coletividade, tendo como alvo o auto-cuidado e auto-responsabilidade pela saúde.

Esta proposta de promoção da saúde e qualidade de vida vem ao encontro com a emergência de novos paradigmas no campo da saúde, com ênfase na promoção de saúde e no holismo que tem como eixo condutor educar para a totalidade, partindo da totalidade.

Nota-se uma recente mudança de paradigma no campo da saúde impulsionada pela crise do paradigma flexeriano que possui como referenciais o curativismo, o mecanicismo, o biologicismo e a especialização. Os resultados de tal estratégia tem demonstrado fragilidade na eficiência e eficácia, não dando respostas aos complexos problemas do setor saúde e a globalidade do processo saúde-doença que trazem em pauta questões de ética, humanismo, solidariedade, vínculo e compromisso.

Na atual agenda contemporânea a reformulação das práticas assistenciais e coletivas implica o entendimento de que saúde resulta de um conjunto de fatores políticos, econômicos, sociais, culturais que se combinam, em cada sociedade e em conjunturas específicas, redundando em sociedades mais ou menos saudáveis. Nos novos modelos de assistência e de organização do trabalho a centralidade do modelo hegemônico médico está sendo questionada. Busca-se uma mudança necessária dos modos de pensar e fazer saúde no Brasil.

No mundo inteiro, vários estudos demonstram que intervenções de base local organizadas a partir de equipes de saúde treinadas e capacitadas para realizar cuidados contínuos e integrais, têm boa qualidade, alta resolutividade, são mais custo efetivas e permitem a articulação com outros setores, além do setor saúde. Evidencia-se pois a emergência de estratégias alternativas de reversão dos nós críticos do sistema.

A carta de Ottawa para a promoção de saúde, adotada durante a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em novembro de 1986, define promoção de saúde como o processo de oferecer à população a capacidade de incrementar o controle sobre sua saúde e de melhorá-la (WHO, 1986) e reforça que a promoção da saúde sustenta o desenvolvimento individual e social oferecendo informações, assegurando a educação para a saúde e aperfeiçoando atitudes indispensáveis à vida. Fazendo isto

ela permite as pessoas aprender durante toda a sua vida e se preparar para enfrentar as diversas etapas desta (vida).

A promoção da saúde é um processo ativo, ou seja, não é algo que possa ser prescrito ou ordenado. O bem estar não acontece por acaso requer planejamento e dedicação. É o indivíduo que deve decidir por si mesmo se processará as alterações que irão ajudá-lo a melhorar seu próprio estado de saúde e atingir nível mais elevado de bem estar. Escolhas terão que ser feitas. E somente o indivíduo poderá fazê-las.

Dever (1988) afirma "se nossa nação quiser melhorar o nível de saúde de seus cidadãos precisa reorganizar suas atuais prioridades relativas aos cuidados com a saúde para dar maior ênfase à prevenção das doenças e a promoção da saúde".

Este autor chama a atenção para o compromisso dos prestadores de serviços de saúde estenderem seus serviços à comunidade num esforço de atender não apenas os clientes que os procuram, mas também a todos aqueles que podem estar sob a ação de agravos à saúde, ou seja, um compromisso com a comunidade como um todo e com seus membros individualmente, envolvendo-os nos programas de promoção e prevenção específica. Justificam esta iniciativa o envelhecimento da população brasileira e mundial acompanhado pelo aumento das taxas de doenças crônico-degenerativas, onde a obesidade desempenha um papel importante como fator de risco, bem como o despreparo do sistema de saúde e da sociedade em geral para lidar com esta problemática.

A obesidade é provavelmente uma das mais antigas enfermidades do homem. Após os anos 60, a magreza, como ideal estético, aparece como valor crescente nas sociedades capitalistas, fazendo parte de uma ideologia de massa em favor do corpo ágil e da juventude como objetos de consumo (PIZZINATTO, 1992).

Entretanto, segundo a OMS, o mundo vive uma epidemia de obesidade, isto significa que o número de pessoas que tem o peso excessivo aumentou e atingiu proporções preocupantes e de risco à saúde. A obesidade já foi incluída no grupo de doenças crônicas que pode levar à morte. Atualmente nos EUA ocorre em 300 mil mortes anuais. Para 2000 estima-se uma população de obesos de 60%. No Brasil a estimativa é que 150 mil pessoas morram por problemas ocasionados ou reforçados pela obesidade.

Nosso país vem trocando o problema de falta pelo do excesso dietético. A desnutrição apesar de presente, principalmente em famílias de baixa renda, vem diminuindo em todas as idades e em todos os extratos econômicos (MONTEIRO, 1989).

Cerca de 90 a 95% dos casos de obesidade são classificados como do tipo simples ou primário, decorrentes de um desbalanço entre a ingestão e o gasto energético (ROSADO, 1994). Envolve interação de vários fatores: ingestão exagerada de alimentos, diminuição relativa da atividade física (sedentarismo); fatores genéticos e familiares; fatores ambientais e metabólicos.

No Brasil observa-se a incidência progressiva da obesidade em crianças, adolescentes e adultos, desde as classes menos favorecidas em termos de renda familiar até as mais ricas. Sendo assim, faz-se necessário a prevenção e o tratamento não só pelas conseqüências médicas e

psicológicas como pelas altas taxas de mortalidade associadas à doença arterosclerótica, hipertensão arterial, entre outras.

Como prevenção para obesidade, alguns autores colocam as seguintes medidas: a obesidade materna e infantil devem ser evitadas, o aleitamento materno deve ser incentivado, o fortalecimento da educação familiar sobre hábitos saudáveis e o estímulo à práticas esportivas e atividades físicas adequadas à faixa etária, erradicando hábitos sedentários.

Rosado (1994), salienta que o tratamento da obesidade deve ser multiprofissional (médico, enfermeiro, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo), tendo como objetivo a correção global dos fatores que geram e/ou perpetuam a obesidade e autores como Muzzo e Burrows (1991) colocam a redução das taxas de prevalência da obesidade como meta importante a se alcançar por parte do pessoal de saúde e educação, objetivando conseguir uma melhor qualidade de vida para a população.

Nesta perspectiva estamos construindo e operacionalizando um Programa de Reeducação Alimentar.

OBJETIVO

O presente estudo tem por objetivo geral mostrar/descrever uma experiência no desenvolvimento de um Programa Educativo Familiar voltado para o tema Reeducação Alimentar, norteado por uma concepção holística de saúde, visando a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população.

E por objetivo específico: estimular a clientela a refletir sobre seu estado de saúde, visando a aquisição de prováveis mudanças de comportamento.

SUJEITOS E MÉTODO

O referido programa está implantado na Casa da Saúde da Rua das Tecnologias, localizada em uma micro-área do município de Ribeirão Preto, interior paulista, em uma parceria inter-institucional entre Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto- SMS-RP e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- EERP-USP, que vêm desenvolvendo desde 1998 um projeto de Vigilância em saúde que objetiva proporcionar e promover a saúde integral das famílias desta região periférica do município. Neste período foi realizado um diagnóstico comunitário, através do cadastramento de 111 famílias da área. Este diagnóstico forneceu indicadores para posterior intervenção na realidade observada, como por exemplo, a incidência significativa de obesidade entre jovens e adultos, motivou a implantação do Programa de Reeducação Alimentar que atualmente, tem como critério de acesso para inclusão a procura espontânea da população e encaminhamento do médico clínico geral da Unidade Básica de Saúde mais próxima, o qual tem a coordenação da enfermeira da unidade de saúde, contando com a participação de bolsistas de iniciação científica e aperfeiçoamento da EERP-USP.

Esta ação educativa elegeu como ponto central a criação de vínculos e laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, na lógica da promoção da saúde. O núcleo básico

de abordagem é o indivíduo inserido na família e na comunidade. A família é entendida a partir do espaço social onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam, onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida. Permitindo assim uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. A clientela atendida é constituída de adolescentes, mulheres adultas e idosas supostamente saudáveis.

O programa acontece na forma de grupos, com duração de 2 meses, na forma encontros semanais de 1 hora e participação média de 13 pessoas por grupo que visa promover a integração e o relacionamento social dos membros, através de dinâmicas de aquecimento que oferecem um espaço para a discussão e exteriorização dos sentimentos e dificuldades enfrentadas no processo de reeducação alimentar; oferecer conhecimentos sobre os grupos alimentares, seus componentes e necessidades diárias, elaborando cardápios alimentares através das experiências trazidas e aprendidas; sensibilizar a percepção da relação alimentar e a provável mudança de estilo de vida.

Para tanto, utilizamos como estratégias de ensino grupal: dinâmicas de aquecimento (jogos, textos reflexivos), aula expositiva dialogada, troca de experiências, utilização de recursos audiovisuais (cartazes, filmes), recortes de figuras e colagem, fornecimento de material didático e panfletos educativos.

No início de cada grupo utilizamos um instrumento de identificação pessoal que contém nome, endereço, sexo, grau de instrução, atividade física, presença ou ausência de doenças, uso de medicação. E um quadro onde a cada encontro são registrados os valores do peso, altura, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica.

Para a avaliação da condição nutricional usamos os parâmetros antropométricos, especialmente o peso e a altura que permitiu a efetuação do cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC) e, conseqüentemente, o diagnóstico nutricional dos sujeitos e a classificação em níveis de eutrofia, sobrepeso, obesidade (obesidade grau I, grau II, grau III) e níveis de desnutrição (desnutrição, desnutrição grau I, grau II e grau III).

DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA EDUCATIVO

Considerando a concepção e conteúdos assinalados o trabalho foi desenvolvido no início do mês de maio de 1998 à fevereiro de 2000. Neste período foi constituído o total de 14 grupos. A população total adscrita é de 125 pessoas, sendo 100% do sexo feminino, a faixa etária prevalente foi de 40 anos, entretanto teve também a participação de adolescentes entre 11 a 21 anos (8 sujeitos) e idosas acima de 60 anos (3 sujeitos).

A maioria das pessoas 54,8% (66 sujeitos) não praticam atividade física, 45,2% (59 sujeitos) praticam algum tipo de exercício físico.

Com relação ao perfil de morbidade, 75,2% (94 sujeitos) não relataram ter problemas de saúde e 24,8% (31 sujeitos) verbalizaram a presença de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Melitus, cardiopatia, asma, hipotireoidismo e depressão.

Através do cálculo do IMC utilizado no início de cada grupo, 36% (45 sujeitos) foram classificados com sobrepeso,

Grupo de reeducação....

16,8% (21 sujeitos) com obesidade grau I, 9,6% (12 sujeitos) com obesidade grau II, 5,6% (07 sujeitos) com obesidade grau III. Totalizando 32% de obesos (40 sujeitos), 26,4% de saudáveis (33 sujeitos) e 5,6% de desnutridos (07 sujeitos).

Após a implantação do Programa de Reeducação Alimentar observamos, de modo geral, que houve mudanças de estilo de vida e redução do peso corporal, evidenciado através da elevação de 15% dos clientes com IMC saudável e redução de 9% dos clientes com sobrepeso.

Verificamos que cada grupo possuía as suas peculiaridades. Alguns mais coesos, outros com taxa de adesão e envolvimento maiores, outros com maior grau de dificuldade. Enfim, variáveis individuais e contextuais que caracterizavam diferentes ritmos de mudanças comportamentais.

De modo geral, constatamos que o desafio maior em todos os grupos estava não na perda do peso corporal, mas sim na sua manutenção ao longo do tempo.

Observamos também que nos grupos a obesidade trazia como conseqüências diretas ou indiretas o isolamento social, a redução da auto-estima, a redução da vida sexual, quadros de depressão e ansiedade que contribuíam para a manutenção do problema. Estas características eram mais acentuadas nos obesos grau III, sendo um fator dificultador na perda e manutenção do peso corporal.

Segundo Pizzinatto (1992), com a evolução e perpetuação da obesidade, o indivíduo torna-se apático, lento, descontente, utiliza o alimento como refúgio, como meio de aliviar a ansiedade, geradas nos ambientes familiar e de trabalho, diminuir a atividade física, aumentar a ingestão de alimentos, engordar e dessa forma fechar um círculo vicioso. Muitas vezes o alimento e a bebida alcoólica passam a assumir papel de instrumento fundamental para "agüentar" situações de vida que do contrário seriam insuportáveis.

Durante o desenvolvimento dos grupos foi registrado uma taxa de adesão de 72%, sendo este um elemento auxiliar de aprendizagem, mensurado mediante a manifestação verbal e comportamental, traduzidas pelas ações que refletem no auto-cuidado e responsabilidade pela saúde. Este fato foi percebido por nós como um indicativo de que aquelas mulheres já passam a refletir sobre seus hábitos alimentares e certamente em suas vidas cotidianas, alguns hábitos poderão ser mudados no sentido da responsabilidade da própria saúde.

Temos observado uma procura de aproximadamente 30 inscritos para cada grupo que se inicia, o que vem reforçar a necessidade e relevância desta iniciativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este programa educativo permitiu reconhecer a *complexidade* dos aspectos envolvidos na adoção de estilos de vida mais saudáveis e a necessidade de trabalho integrado da equipe multiprofissional com o cliente e a família. Neste enfoque todos os componentes dos grupo são colocados na posição de agente neste sistemas gerais. Todas as informações são transmitidas de tal forma que permita ao educando/educador uma reflexão de sua realidade e que dela se conscientize. O modelo proposto vem se mostrando viável e eficaz, contribuindo para melhora da qualidade de vida do adulto e formação de profissionais nesta área.

Uma contribuição importante do Programa de Reeducação Alimentar está em possibilitar uma reflexão sobre a relação que as pessoas estabelecem com os alimentos, com a vida e as diferentes maneiras de cuidar do corpo bio-psico-social. A mensagem está em sintonizar e vibrar de forma mais saudável, cuidando e alimentando um corpo que nos conduza à liberdade. Avançar neste sentido, romper condicionamentos culturais/sociais e fazer diferente exige coragem e envolvimento. O caminho está para ser percorrido em um horizonte em cuja concretude está a história de cada um.

REFERÊNCIAS

DEVER, G.E.A **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. Trad. de Luís Galvão César et al. São Paulo:Pioneira, 1988.

MENDES, I.R. Uma proposta holística de educação de adulto numa perspectiva positiva de saúde. **Rev.Bras. Enferm.**, Brasília, v. 49, n. 1, p. 31-40. jan./mar. 1996.

MONTEIRO, C.A Coleta e análise da altura dos alunos ingressantes nas escolas de 1ª grau do país: uma proposta para sistema nacional de acompanhamento do estado de saúde e nutrição da população. **Jornal de Pediatria**, v. 65, n. 3, 1989.

MUZZO, B.S; BURROWS,A R. Obesidad del niño y del adolescente. In: CARRAZZA, F.R; MARCONDES, E. **Nutrição clínica**. São Paulo: Savier, 1991.

PIZZINATTO, V.T. **Obesidade infantil**. São Paulo: Savier, 1992.

ROSADO, L.H. Prevenção e tratamento da obesidade infantil. **Nutrição em pauta**, v. 2, n. 7, jul. 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ottawa Charter for Health promotion. In: INTERNACIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, Ottawa, 1986. **Anais...** Ottawa: WHO,1986.